



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Escuela Académica Profesional de Obstetricia**

**Influencia del nivel de conocimientos sobre las  
actitudes sexuales frente al contagio de ITS en  
trabajadoras sexuales atendidas en el Centro Materno  
Infantil San José de Villa El Salvador, 2010**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia

**AUTORES**

Julio César MURO TUESTA

Maribel Catherine PALACIOS OLIVERA

**ASESOR**

Emma SALAZAR SALVATIERRA

Lima, Perú

2011



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Muro, J. & Palacios, M. Influencia del nivel de conocimientos sobre las actitudes sexuales frente al contagio de ITS en trabajadoras sexuales atendidas en el Centro Materno Infantil San José de Villa El Salvador, 2010 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académica Profesional de Obstetricia; 2011.

---

*A Dios, a mis padres  
María y Leocadio, a mis  
hermanos, familia y  
amigos.*

*“A ti MAJU, mi complemento, por  
estar siempre a mi lado”*

*A mis padres Maria Rosa y  
Luis, a Camucha, mis tíos y  
amigos.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestra asesora, Mg. Emma Salazar, por su amistad, cariño, comprensión, colaboración y apoyo en la realización de esta tesis.

A nuestro querido profesor, Dr. Edmundo Huerta Centeno, por todo su cariño, aliento y colaboración en nuestra vida profesional.

Al Dr. Sixto Sánchez, por su enorme colaboración en la elaboración de esta tesis.

A nuestra alma matter, por habernos albergado estos últimos años.

A nuestros profesores, por habernos transmitido sus conocimientos, en especial a la Obst. Edita Cuya, Obst. Jenny Zavaleta, Mg. Zaida Zagaceta, Obst. Cecilia Requena.

A las y los obstetras del INMP, en especial a la Obst. Carmen Záciga, Obst. Giovanna Cedillo, Obst. Sonia Chinga, Obst. Pilar Cotrina, Obst. Clara Díaz.

A nuestros padres y hermanos, por su apoyo desmedido e incondicional a lo largo de nuestras vidas.

A nuestras familias, por estar presente en los momentos más importantes de nuestras vidas.

A nuestros amigos, por darnos su amistad, cariño y apoyo incondicional, en especial a Jenny, Pamela, Luis, Jonathan, Luis Miguel y MAJU.

A todas la personas que hicieron posible la ejecución de nuestro proyecto de tesis; en especial al personal del CERITSS del CMI San José – VES: Dr. Luis Arnao, Dr. César Sánchez, las técnicas de enfermería Yesica Sosa, Juana Morales y al consejero de pares Jorge Rojas.

A todas las trabajadoras sexuales que participaron en este estudio.

## ÍNDICE

<i>Resumen .....</i>	<i>5</i>
<i>INTRODUCCION.....</i>	<i>6</i>
<i>I. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....</i>	<i>8</i>
1. Hipótesis .....	8
2. Objetivos.....	8
i. Objetivo general .....	8
ii. Objetivos específicos .....	8
<i>II. MARCO TEÓRICO .....</i>	<i>9</i>
1. Antecedentes.....	9
2. Bases teóricas.....	11
EL TRABAJO SEXUAL: PROSTITUCIÓN .....	11
LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – ITS.....	16
LAS ITS Y LAS TRABAJADORAS SEXUALES.....	22
<i>III. METODOLOGÍA.....</i>	<i>25</i>
1. Tipo de investigación .....	25
2. Población y muestra .....	25
3. Variables .....	27
4. Procesamiento y análisis de datos .....	30
i. Recolección de datos .....	30
ii. Diseño del instrumento .....	30
iii. Análisis de datos .....	30
<i>IV. RESULTADOS - DESCRIPTIVO .....</i>	<i>31</i>
1. Perfil de la Trabajadora Sexual .....	31
2. Nivel de conocimiento .....	43
3. Nivel de actitudes sexuales .....	53
<i>V. RESULTADOS - ANALÍTICO.....</i>	<i>66</i>
<i>VI. DISCUSIONES .....</i>	<i>88</i>
<i>VII. CONCLUSIONES.....</i>	<i>91</i>
<i>VIII. RECOMENDACIONES.....</i>	<i>93</i>
<i>IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	<i>94</i>
<i>X. ANEXOS.....</i>	<i>96</i>
1. ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	97
2. ANEXO 2: INSTRUMENTO.....	98

## Resumen

**Introducción:** La trabajadora sexual, debido al oficio que desempeña y su limitado acceso a los servicios de salud, sumado con sus actitudes sexuales de riesgo, las colocan dentro de un grupo vulnerable, cuyo accionar repercute de manera indirecta en la salud de nuestro país. **Objetivos:** Establecer la influencia del nivel de conocimiento sobre las actitudes sexuales frente al contagio de ITS de las trabajadoras sexuales.

**Diseño:** Estudio Observacional analítico transversal. **Lugar:** Centro Especializado de Referencia de ITS y VIH/SIDA (CERITSS) del Centro Materno Infantil San José de Villa el Salvador. **Participantes:** Trabajadoras sexuales que acuden a sus controles el CERITSS del Centro Materno Infantil San José de Villa el Salvador. **Intervenciones:**

Previo consentimiento informado, se realizó una entrevista de 46 preguntas. **Principales medidas de resultados:** Nivel de conocimientos y actitudes sexuales frente el contagio de ITS. **Resultados:** El perfil de la trabajadora sexual promedio encuestada es: 36 años, soltera, con nivel secundario (64%), percibe ingresos por alguna otra actividad económica no relacionada al trabajo sexual (60%), lleva en promedio de 0 a 5 años como trabajadora sexual (60%), ejerciendo dicha actividad 4 días a la semana, que atiende entre 3 y 7 clientes por día de trabajo, y que alguna vez presentó alguna ITS (64%). Existe una correlación estadísticamente significativa ( $p=0.025$ ), y directa entre el nivel de conocimientos y las actitudes sexuales de las trabajadoras sexuales.

Según la escala de Estaninos: La distribución de los niveles de conocimiento que poseen las trabajadoras sexuales es bajo en 28%, medio en 48% y alto en 24%; y para los niveles de actitudes sexuales: bajo en 30%, medio 56% y alto 14%.

**Palabras clave:** Conocimiento; actitud sexual; Infecciones de transmisión sexual, trabajadora sexual.

## INTRODUCCION

El Trabajo Sexual es un oficio muy antiguo, a menudo ilícito, por consiguiente clandestino. Por esto es difícil determinar la magnitud real de la industria del trabajo sexual, que ha tomado fuerza y aumentado con el pasar de los años en nuestro país; en la mayoría de los casos debido a la crítica situación económica de gran parte de la población, que ha llevado a muchas mujeres a decidir generar ingresos a través del ejercicio de la prostitución, hablamos de las denominadas “Trabajadoras Sexuales”.

En el caso de las mujeres trabajadoras sexuales resulta claro que su condición de género las coloca en relaciones desiguales de poder y de inequidad, no sólo con los hombres con los que se relacionan en el ámbito laboral, sino también en el espacio doméstico, en donde generalmente pierden su individualidad para asumir múltiples responsabilidades en su condición de madres/mujeres.

Debido al trabajo que realizan y el contacto con múltiples parejas sexuales, las Trabajadoras sexuales y sus clientes tienen tasas significativas más altas de contagio de ITS en comparación con otros grupos de población de nuestro país. Se desconoce todavía el alcance real de la transmisión de ITS de las trabajadoras sexuales y sus clientes a otras poblaciones. Por ello se considera que las trabajadoras sexuales y el oficio que realizan repercuten en la salud del país.

En nuestro país, a pesar que esta actividad no está reglamentada legalmente, existen mecanismos reguladores como: la pena privativa para el ejercicio del “proxenetismo” y “promoción de la prostitución”; en nuestro país el Ministerio de Salud es el único ente autorizado a señalar las pautas de intervención en salud orientadas a la atención médica periódica y prevención de las ITS/VIH en miembros de grupos con alta frecuencia de ITS.

Actualmente existe poca información de trabajos de investigación sobre prostitución, peor aún trabajos que involucren el testimonio de estas personas. Los pocos que existen se centran en la prestación de servicios, prevención de infecciones, un enfoque eminentemente epidemiológico, no se trabaja con las mismas protagonistas de este problema, de su percepción y actitud de los riesgos de su trabajo.

Nosotros como Obstetras, Personal de Salud líder en salud sexual y reproductiva de las mujeres, estamos en la obligación de brindar una atención de calidad y con calidez



acorde al oficio que el paciente desempeñe; sabemos que el trabajo sexual coloca a quien lo ejerce en una situación de riesgo muy grande más que cualquier otra persona que no lo practica, sumado a ello, el limitado acceso a los servicios de salud producto del estigma y la discriminación del cual son objeto estas mujeres; dan como consecuencia que tengan una información limitada o insuficiente a lo que a su sexualidad y estilos de vida saludables se refiere y que tengan en su mayoría actitudes sexuales de riesgos que las colocan aún más dentro de un grupo vulnerable. Por ello es necesario ahondar aun más en un problema que repercute tanto la salud de nuestro país.

# **I. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

## **1. *Hipótesis:***

- Un mejor nivel de conocimientos en ITS mejora significativamente las actitudes sexuales en TS frente al contagio de éstas.
- El conocimiento de las ITS es insuficiente en las trabajadoras sexuales.
- Las actitudes sexuales en TS son inadecuadas frente el contagio de ITS.
- Existen otros factores que influyen de manera significativa en las actitudes sexuales frente al contagio de las ITS.

## **2. *Objetivos:***

### **i. Objetivo general**

Establecer la influencia del nivel de conocimientos sobre las actitudes sexuales frente al contagio de ITS de las trabajadoras sexuales.

### **ii. Objetivos específicos:**

- Determinar el nivel de conocimientos que tienen sobre las ITS.
- Identificar y clasificarlas actitudes sexuales de las TS frente al contagio de ITS.
- Describir el perfil de la TS atendida en el CMI “San José” – VES.
- Establecer otros factores que influyen en la actitud sexual frente al contagio de ITS.

## II. MARCO TEÓRICO

### 1. *Antecedentes*

Para conocer con mayor amplitud el fenómeno motivo de estudio se realizó una revisión bibliográfica como fuente de información sobre el tema y así entender mejor el fenómeno en cuestión.

En el año 2008, Tula Espinoza, Juana Durand, Hernán Matta, Sheyla Villamar, Nilda Salvador, Aída Aguirre, pertenecientes al Instituto de Ética de la Facultad de Medicina – UNMSM, publicaron un artículo titulado Significado de prácticas preventivas de infecciones de transmisión sexual, para trabajadoras sexuales, del distrito de la Victoria y Cercado de Lima, concluyeron que la población de trabajadoras sexuales es en su mayoría población joven y que refiere como condición, para optar por dicho ejercicio, tener un miembro familiar muy cercano en condición de enfermo. El significado de prácticas preventivas de infección de transmisión sexual, varió según los escenarios o lapostura asumida en su cotidianidad por la trabajadora sexual, es decir, como persona en riesgo de ITS, como posible trasmisor de las ITS y como proveedora de satisfacción de la necesidad sexual libre de riesgos de ITS. La principal práctica preventiva de infección de transmisión sexual significó para las trabajadoras sexuales usar medios físicos para evitar las ITS, buscando paralelamente garantizarla satisfacción de las necesidades sexuales del cliente. No se evidenció en sus respuestas otras prácticas preventivas de infección de transmisión sexual, ni la posibilidad de considerarse como posible recurso humano educador en la prevención de las ITS.

Por su lado, Jomaly Gutierrez Tello, en el año 2007, en su tesis para optar por el Título de licenciada en enfermería, Medidas de prevención de las ITS que aplican las trabajadoras sexuales en los alrededores del Hospital María Auxiliadora, plantea que las personas que se encuentran en mayor riesgo de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual son las trabajadoras sexuales, debido a que “venden” su cuerpo a distintas personas, y constituyen en las responsables directas de la propagación y prevalencia de las infecciones de transmisión sexual si no tienen cuidados para evitar contagiarse.

En el año 2004, Shumaya Ituzurruga Colono, en su tesis para optar por el grado académico de Magíster en Salud Reproductiva, da a cuenta que existen vacíos tanto en conocimiento como en estadística, al momento de referirse a la prostitución en nuestro

país, debido a una limitada percepción de la población sobre este problema, y que además los datos sobre trabajadoras sexuales, son únicamente de aquellas que trabajan en establecimientos registrados, teniendo una vista parcial de todo el problema.

También en el 2004, José Azaña Quispe, en su tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería, hace referencia a una de las posibles causas sobre el motivo por el que algunas mujeres optan por el oficio del trabajo sexual, refiriéndose a la crítica situación económica que atravesaba nuestro país. Menciona también que la persona que ejerce el trabajo sexual se encuentra más susceptible de contraer enfermedades de transmisión sexual debido al desconocimiento de la historia sexual de sus ocasionales parejas. Además da cuenta que en el Perú existen pocos trabajos de investigación sobre prostitución, y los pocos que existen tienen un enfoque meramente epidemiológico, y que no se trabaja con las mismas protagonistas del problema.

Para el 2002, Rosa Galván Huamán, en su tesis para optar por el grado de Magister en Enfermería en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, acerca de Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y Sífilis en Trabajadoras Sexuales en el Perú concluyó que es importante enfatizar las estrategias de prevención orientadas al incremento del conocimiento de ETS/VIH/SIDA en trabajadoras sexuales.

En otros países de Latinoamérica la situación es similar, en el 2005, las autoras Adalgiza Amaya, Gladys Eugenia Canaval, Elizabeth Viáfara presentaron un artículo denominado Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud en la revista Colombia Médica Volumen 36 N°3 donde mencionan que para llegar al ejercicio del trabajo sexual existe una circunstancia económica que hace que estas mujeres se hagan responsables por la supervivencia de sus familias y de ellas mismas, lo que causa una disminución de la percepción de lo riesgoso de su trabajo.

En el 2003, en Nicaragua, el Colectivo de Mujeres de Matagalpa, presentó un estudio que llevaba a cabo desde 1994 con trabajadoras sexuales, llamado Nosotras mujeres, nostras trabajadoras sexuales, donde se concluye que un nivel educativo bajo deja más vulnerables a las mujeres tanto para conocer sus derechos como para acceder a la información y poder tomar decisiones acertadas.

## **2. Bases teóricas**

### **EL TRABAJO SEXUAL: PROSTITUCIÓN**

El trabajo sexual, es un fenómeno universal pero a menudo es ilícito, por consiguiente clandestino. Es por eso difícil determinar la magnitud real de la industria del trabajo sexual, aunque se reconoce que es importante y que en los últimos años parece haber aumentado. Este aumento se ha atribuido a diversos factores, incluidos los cambios en las condiciones políticas, civiles y socioeconómicas y la mayor movilidad de la población.

Definir el trabajo sexual es complicado por el continuo desarrollo de políticas y programas a nivel nacional; es por eso que es más propicio hacerlo con un lenguaje que no sea estigmatizante y que reconozca que muchos de los que están implicados en el trabajo sexual lo consideran su fuente de ingresos. Sin embargo, es preciso destacar que ningún término abarca adecuadamente toda la variedad de transacciones que tienen lugar en el mundo relacionado con el trabajo sexual. El término apropiado que se aplica para el trabajo sexual se define en mejor relación con el contexto local, a su vez esta definición puede cambiar con el tiempo a medida que las actitudes evolucionan. Debe darse prioridad a hacerse eco de cómo se perciben a sí mismos en este papel los que están implicados en el trabajo sexual. Cabe señalar, sin embargo, que la mayoría de los profesionales del sexo no se definen a sí mismos como tales y consideran el trabajo como una actividad temporal.

Etimológicamente prostituirse viene del verbo latino “prostitute” que significa cambiar, traficar, la prostitución se puede considerar, entonces, como la transacción o el tráfico de lo sexual por parte de una persona que a cambio de dinero se entrega a otra para la práctica del acto carnal. La prostitución consiste en permitir el acceso a una relación sexual de manera relativamente indiscriminada. Está explícito que el pago se realiza para obtener una gratificación sexual específica. Así mismo, la prostitución es un servicio personal más nunca un trabajo, que puede ser efectuado por hombres o mujeres. También se puede definir como aquella actividad que realizan las personas utilizando sus órganos sexuales como forma de vida, o como la forma de convertir el sexo en mercancía.

Para Tabet (1987) “la prostitución sería simplemente un caso particular de intercambio de servicios sexuales por recursos económicos, relación que abarca entre otras instituciones, los matrimonios en que el dinero circula en dirección contraria a las

mujeres y gran cantidad de relaciones temporales o estables, incluyendo variedades matrimoniales y consensuales.”

De la misma forma la abogada Tammy Quintanilla (2002), mencionó “la prostitución es una práctica social en la que participan varios agentes. No se la debe definir como el comportamiento o la actividad de una mujer que “vende su cuerpo”, sino como una interacción de varios sujetos, los cuales no deben quedar soslayados debido a que tienen responsabilidad en la mercantilización del cuerpo y la sexualidad de mujeres...”

Según Jáuregui (2002), “la prostitución es un problema social muy complejo, consecuencia de la subordinación y discriminación de las mujeres en sociedades patriarcales que la están convirtiendo en solo un simple objeto sexual. Está involucrada no solamente la mujer, también el cliente que es varón, el “proxeneta” o “caficho”, los conductores de los locales, el Estado mismo en muchos casos”.

La antropóloga Dolores Juliano relaciona la prostitución con la cultura en su obra: “La Prostitución: el espejo oscuro” y señala:

(...)”Siempre que alguna cultura permite a sus mujeres cierto nivel de autonomía sexual, es vista por las sociedades más rígidas en su control como absolutamente descontrolada, por lo que las mujeres de ese colectivo son asimiladas conceptualmente con el sector más estigmatizado de su propia cultura. Si bien es cierto que la bipolaridad de conductas y valoraciones asignadas por sexo es muy general y abarca la mayoría de las culturas que conocemos, también es cierto que se manifiesta en forma diferente en las distintas sociedades y en las diferentes épocas de cada cultura. Así ver que es lo que se considera promiscuidad sexual femenina en cada sociedad y qué tipo de desvalorizaciones o agresiones se reservan a las que escapan de las pautas sexuales consideradas deseables es un elemento importante para entender cómo funciona el modelo de roles de género. El fenómeno se hace más complejo cuando hablamos de sociedades multiculturales. En ellas es frecuente que las diferentes formas de control sexual ejercidas sobre las mujeres hagan que las de colectivos enteros sean calificadas como “putas””.

La Guía Nacional de Consejería en ITS/VIH y el SIDA define como trabajador sexual a aquella persona, hombre o mujer, que intercambia servicios sexuales por dinero o bienes. Se debe considerar, también, a quienes tienen sexo compensado, pero que no se identifican como trabajador sexual.

Históricamente Caronimas en 1496 se refirió a la trabajadora sexual como “ramera” diciendo: “empezó siendo una prostituta disimulada que, fingiendo tener taberna, ponía rama en su puerta.”

Para el presente trabajo definiremos entonces a las profesionales del sexo o trabajadoras sexuales como “mujeres adultas y jóvenes que reciben dinero o bienes a cambio de sus servicios sexuales, ya sea de forma regular u ocasional, y que pueden definir o no conscientemente estas actividades como generadoras de ingresos”.

El trabajo sexual parece fomentarse cuando coexisten una demanda de servicios sexuales y un entorno favorable. El contexto en el que habitualmente tiene lugar incluye: una concentración de población sexualmente activa, suficiente anonimato, una elevada tasa de varones en relación con la de mujeres y, más importante, disparidades socioeconómicas que hacen que el cliente pueda costearse el trabajo sexual y que éste constituya una oportunidad económica para el profesional del sexo. Además de los centros urbanos, estas circunstancias pueden darse en zonas mineras e industriales, puertos, comunidades situadas en zonas de mucho tránsito y rutas de transporte, barracones militares, ciudades comerciales fronterizas, etc. El trabajo sexual se asocia también cada vez más a formas de viaje y turismo, y específicamente al reciente incremento del turismo sexual. Existen diferencias considerables de un lugar a otro en la forma cómo se organiza el trabajo sexual y su grado de visibilidad. Estudios a nivel mundial han puesto de manifiesto que el incentivo que conduce a la transacción sexual puede variar mucho entre comunidades.

Las circunstancias vitales que empujan a las personas al trabajo sexual, a cualquier edad, suelen ser las mismas circunstancias que contribuyen a su falta general de poder de decisión; no obstante, dicho poder de decisión es esencial para negociar el uso del preservativo y otras prácticas sexuales seguras. Los siguientes factores determinantes a menudo tienen un papel importante:

- La pobreza y las oportunidades económicas limitadas, en concreto para las mujeres y los jóvenes, son los factores fundamentales para ingresar en el trabajo sexual, ya sea por voluntad propia o bajo coacción. Algunos individuos pueden elegir el trabajo sexual aunque tengan otras opciones igual de rentables, pero la inmensa mayoría tiene pocas fuentes de recursos, a menudo porque su educación y aptitudes comerciales son limitadas. Los individuos que tienen empleos con sueldos bajos u otras fuentes de apoyo parcial pueden complementar sus ingresos con el trabajo

- sexual a tiempo parcial o a corto plazo. Teniendo en cuenta que pueden no identificarse a sí mismas como profesionales del sexo, puede ser especialmente difícil establecer contacto con esas personas.
- Las desigualdades basadas en el género contribuyen a que las mujeres ingresen en el trabajo sexual. Aunque sus derechos e independencia económica son a menudo limitados (en algunos ejemplos, gravemente), las mujeres, sobre todo las madres que viven solas, a menudo cargan con el mayor peso de las obligaciones familiares. Además de tener un acceso limitado al trabajo, en algunas ocasiones las mujeres tienen pocas perspectivas de recursos económicos fuera del matrimonio que no sean el trabajo sexual. El trabajo sexual puede ofrecerles un mayor control de su sexualidad que el que la sociedad permite a las mujeres casadas o casaderas, y utilizar su sexualidad en beneficio propio puede parecer una alternativa viable al matrimonio. En muchas sociedades, las necesidades sexuales de los varones tienen categoría de prioridad, a veces en detrimento de las mujeres. Las normas sociales que ponen énfasis en la dominación masculina en cuestiones sexuales fomentan un entorno en donde la violencia contra las mujeres se convierte en un peligro potencial o real.
  - La explotación sexual, incluida la trata de personas. Al ser vulnerables a las presiones de la pobreza y ser fáciles de engañar con promesas de ganancias económicas, las familias pueden ser fácilmente inducidas por los traficantes a empujar a sus hijas más jóvenes o parejas al trabajo sexual comercial. La mayor movilidad de la vida contemporánea también puede convertir a las mujeres y los jóvenes en una presa más fácil para la explotación sexual. Las mujeres que emigran por razones económicas (de un entorno rural a otro urbano) son especialmente vulnerables a la explotación sexual o a la trata de personas por su relativa ingenuidad acerca de la nueva ciudad, los posibles obstáculos idiomáticos, y su precaria situación económica.
  - Las prácticas y creencias culturales y/o tradicionales también pueden aumentar la vulnerabilidad a ingresar en el trabajo sexual, así como aumentar la dependencia de los varones de las profesionales del sexo. Algunas tradiciones, por ejemplo, han fomentado durante generaciones que los varones jóvenes tengan su primera experiencia sexual con una mujer experimentada: normalmente una profesional del sexo. Otras tradiciones creen que puede ser físicamente perjudicial para un varón



no aliviar las tensiones sexuales lo antes posible, con lo que se incrementa el número de viajeros, emigrantes y varones solteros que dependen de los profesionales del sexo. Tales normas pueden ejercer mucha presión social sobre los varones.

- Los jóvenes, especialmente, pueden sentirse obligados por la presión de sus coetáneos a demostrar su hombría. En algunas comunidades, puede ser aceptable – o incluso es previsible – que las muchachas solteras colaboren a los ingresos familiares, y el trabajo sexual puede ser su única forma de generar ingresos.

El trabajo sexual puede clasificarse como “formal” (organizado) o “informal” (no organizado). En general, el trabajo sexual formal se realiza en un establecimiento y los gerentes y/o proxenetas actúan como autoridades claramente definidas y como intermediarios entre el profesional del sexo y su cliente. Esta clase de trabajo sexual se encuentra a menudo en establecimientos considerados como puntos de reunión para las transacciones o actividades sexuales comerciales, por ejemplo: prostíbulos, clubes nocturnos, bares y casas de masaje.

Los profesionales del sexo informales, como las mujeres que ejercen la prostitución en la calle, normalmente encuentran a sus clientes independientemente. Los profesionales del sexo ocasionales realizan otra clase de trabajo sexual. Pueden vender o intercambiar sexo para satisfacer sus necesidades económicas a corto plazo (por ej., el pago de la matrícula escolar, una crisis económica familiar).

En cuanto a los Aspectos Legales del Trabajo Sexual, en el Perú actualmente la prostitución no es avalada legalmente, sin embargo, existen normas que la regulan, como:

- Marco Legal que reglamenta a nivel municipal requisitos para la instalación de casas de citas.
- La Legislación Penal reprime con severidad, Art. 181 el delito de “proxenetismo”, Art. 179 “promoción de la prostitución”, Art. 180 “rufianismo” y Art. 182 “trata de personas”.
- El reglamento de la ley N° 26626 en su Art. 3 establece “el Ministerio de Salud será la única institución autorizada a señalar las pautas de intervención en salud orientadas a la Atención Médica Periódica (AMP) y de prevención de las ETS/VIH en miembros de grupos con alta frecuencia de ETS”; ninguna autoridad

administrativa, policial, municipal o política tiene competencia sobre esta materia bajo responsabilidad.

## **LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – ITS**

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), son aquellas enfermedades transmisibles de diversa etiología, cuya forma predominante de contagio ocurre a través de las relaciones sexuales.

### **a. Factores de riesgo**

Existen muchos factores que influyen la transmisión. Género y edad son ejemplos de características biológicas. Las mujeres son biológicamente más vulnerables de obtener alguna ITS que los varones. Los genitales femeninos son más expuestos a influencias de afuera que los genitales de los varones, y por eso se hace más susceptible para encontrar alguna ITS. Las jóvenes menores de 20 años y las mujeres post-menopáusicas son las más vulnerables, debido a la fragilidad y adelgazamiento de la membrana mucosa vaginal. Otra característica biológica es la presencia de otros ITS que estimula la aparición de alguna complicación, otra ITS o el VIH. La susceptibilidad antimicrobiana a medicamentos de ITS está vinculada con los niveles de ITS circulando en la población.

Como factores políticos que pueden influir la transmisión se puede mencionar como lo más importante la falta de compromiso social y político en el área de prevención y atención de ITS.

El acceso a servicios de salud depende de aspectos geográficos, culturales y económicos. Otros aspectos que influyen en la accesibilidad son la disponibilidad y efectividad de medicamentos, dificultades en el control de ITS, la relación del personal de salud y el usuario, la discontinuidad en la prestación de servicios de salud y otros.

Algunas normas culturales influyen la transmisión de ITS. Para subrayar la masculinidad es importante tener o haber tenido muchas relaciones sexuales. Otro factor que puede influir la transmisión de ITS es la barrera que existe frente al uso del condón, resultado de factores socio-culturales y religiosos. También el consumo de alcohol y drogas puede influir en más, en la transmisión de ITS y VIH, porque estimula tener relaciones sexuales y, aun más importantes, relaciones sexuales sin protección de un condón.

Como factores socio-demográficos más importantes puede mencionarse el estado civil, la migración, la educación y el nivel socio-económico. El acceso que una persona tiene hacia información y servicios de salud depende de la educación, el nivel socioeconómico y el área geográfica (urbano/rural). Movimientos entre distintas áreas geográficas por motivos de trabajo, la pobreza condicionando el sexo comercial, la disponibilidad y el acceso a condones, la percepción de riesgo que tiene una población determinada, todos estos aspectos influyen en la transmisión de ITS y/o VIH en una población.

El comportamiento y las prácticas sexuales inadecuadas de las personas, es uno de los factores de riesgo más importantes que los expone a la probabilidad de adquirir una ITS, y dado que la principal forma de transmisión de una ITS son las relaciones sexuales, existe una serie de factores que incrementan el riesgo de infección como: tener más de una pareja sexual, tener una pareja sexuales que tiene otras parejas sexuales, tener una nueva pareja sexual, tener una relaciones sexuales con parejas “casuales”, tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales o sus clientes, continuar teniendo relaciones sexuales con síntomas de una ITS, no usar condón o usarlo en forma inadecuada en situaciones de riesgo como las mencionadas anteriormente exponiendo a la(s) pareja(s) a un alto riesgo de infección o si se tiene una ITS, no informar a la(s) pareja(s) sexual(es) que necesita(n) tratamiento.

#### **b. Evaluación de riesgo de la actividad sexual**

RIESGO	ACTIVIDAD SEXUAL
• Riesgo muy alto	• Sexo anal o sexo vaginal receptivo sin condón
• Riesgo alto	• Sexo anal o sexo vaginal penetrativo sin condón
• Riesgo medio	• Sexo anal o vaginal receptivo con condón; dar sexo oral sin barrera de látex, introducir un dedo o mano (con heridas) en la vagina o el ano; compartir juguetes sexuales (pene de goma, vibradores, etc.) sin condón y sin desinfectarlos o limpiarlos; ingerir leche materna
• Riesgo bajo	• Sexo anal o vaginal penetrativo con condón; recibir sexo oral sin barrera de látex (barrera de protección).
• Riesgo muy bajo	• Sexo “interfemoral” (entre los muslos); sexo oral al varón sin colocar la cabeza del pene (glande) en la boca; masturbar a la pareja evitando el contacto con semen o fluido vaginal; dar o recibir sexo oral con barrera de látex (barrera de protección); besos profundos (beso francés); compartir juguetes sexuales con condón, limpios o desinfectados
• Sin riesgo	• Abstinencia sexual; abrazos; masajes; frotación cuerpo a cuerpo; masturbación; fantasías; besos secos; no compartir juguetes sexuales; baño caliente de tina en pareja; ducharse juntos; sauna.

Existen tres enfoques que pueden ser usados para el diagnóstico y manejo de las ITS:

- a) Etiológico: Basado en el hallazgo del agente causal o la confirmación de su presencia mediante pruebas de laboratorio, la cual es su mayor desventaja puesto que obliga al paciente a retornar a una segunda cita antes de brindar el tratamiento, además de los costos que conllevan dichas pruebas.
- b) Clínico: Basado en la experiencia del examinador y el diagnóstico en base a la historia natural de una ITS y/o a la apariencia de las lesiones “ojo clínico”; sin embargo la experiencia ha demostrado que la sensibilidad y especificidad del diagnóstico clínico para las ITS es pobre. La principal desventaja es que diversas infecciones causan síntomas similares y la presencia de infecciones mixtas son comunes, y el clínico puede diagnosticar y dar tratamiento a una de ellas, dejándose sin tratar otras afecciones llegando éstas a estadios avanzados, creando así mayores complicaciones.
- c) Sindrómico: Se basa en la identificación y tratamiento del problema que motiva la consulta médica; Considera tratamiento para varias infecciones concomitantes, permitiendo el tratamiento de los pacientes desde la primera consulta interrumpiendo la cadena de transmisión en forma temprana.

### **c. Síndromes de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**

Un síndrome es un conjunto de síntomas y/o signos que aquejan a una persona. En el caso de las ITS, un síndrome puede ser causado por uno o más agentes etiológicos.

Según la Guía Nacional de Manejo de ITS, los síndromes más comunes son:

1. *Síndrome de descarga uretral (en hombres)*: La descarga uretral es una de las quejas más comunes de ITS en varones, y representa la infección de la uretra o uretritis. Se caracteriza por presentar secreción o fluido por la uretra acompañado de ardor y/o dolor al orinar. La secreción uretral puede ser purulenta o mucoide; clara, blanquecina o amarillo-verdosa; abundante o escasa, a veces sólo en las mañanas o que sólo mancha la ropa interior.

#### *Etiología:*

La descarga uretral puede deberse a infección por *Neisseria gonorrhoeae* (Uretritis gonocócica (UG)) o a una variedad de agentes etiológicos (Uretritis no gonocócica (UNG)) como la *Chlamydia trachomatis* - el agente más común -, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium* y raras veces otros gérmenes como la *Trichomona vaginalis*.

Incluso las infecciones por herpes genital algunas veces pueden asociarse a uretritis.

2. *Síndrome de úlcera genital (en hombres y mujeres)*: La úlcera genital representa la pérdida de continuidad de la piel o mucosa de los órganos genitales o de áreas adyacentes y que el paciente refiere como una “herida” o “llaga” en sus genitales. Puede ser dolorosa o indolora, puede o no acompañarse de linfadenopatía inguinal, y en algunos casos se asocia a pápulas o vesículas. Si las lesiones se localizan en la vulva pueden provocar en la mujer ardor o quemazón en contacto con la orina.

*Etiología:*

Las principales causas de úlcera genital en el Perú son:

- Herpes genital (Virus del Herpes simplex)
- Sífilis (*Treponema pallidum*)
- Chancroide (*Haemophilus ducreyi*)

Estas tres enfermedades han sido asociadas con un incremento en el riesgo de infección por el VIH.

Otras causas menos frecuentes son:

- Granuloma inguinal o Donovanosis (*Klebsiella granulomatis*)
- Linfogranuloma venéreo (*Chlamydia trachomatis*)

Muchas veces un paciente con úlcera genital tiene más de una etiología a la vez. Aunque la mayoría de las úlceras genitales son causadas por una enfermedad de transmisión sexual, existen patologías que no son de transmisión sexual que pueden producir úlcera genital como: el trauma, la dermatitis irritativas de contacto, la infección sub-prepucial por bacterias anerobias y/o fusospiroquetas, las tiñas superficiales con lesiones secundarias y diversas enfermedades sistémicas y dermatológicas.

3. *Síndrome de flujo vaginal*: Primero es importante mencionar que el flujo vaginal normal o humedad de la vagina deriva de la transudación de fluidos de los vasos capilares de la vagina mezclados con secreciones de los diferente órganos que componen el aparato reproductor femenino; y está principalmente constituido por agua, electrolitos y glucosa, y mantiene un pH menor de 4.5 que favorece el crecimiento de organismos de medio ácido inhibiendo el crecimiento de otros. El

conjunto de los organismos que normalmente viven en la vagina (flora vaginal) está compuesto principalmente por lactobacilos y otros organismos como *Staphilococcus epidermidis*, *Corynebacterias*, *Gardnerella vaginalis*, anaerobios y otros. La flora vaginal mantiene a la vagina sana creando un ambiente ácido adverso para bacterias patógenas.

El flujo vaginal normal o humedad normal de la vagina no es constante en cantidad y hay variaciones en consistencia. Aumenta cuando la persona se excita, durante la actividad sexual, antes y durante la ovulación y durante la gestación. Disminuye durante la lactancia y en el periodo menopáusico. Normalmente el olor es característico para cada mujer y el color transparente o discretamente blanquecino.

Entonces se considera síndrome de flujo vaginal al aumento de la cantidad del flujo vaginal, con cambio de color, cambio de olor (mal olor), y cambio de consistencia asociado a síntomas de prurito o irritación vulvar; en algunos casos con disuria, dispareunia, o dolor en el hemiabdomen inferior.

Este flujo vaginal o “descenso” como comúnmente se conoce, puede ser debido a un proceso inflamatorio localizado en la propia vagina ocasionado por trastornos del ecosistema vaginal o por la introducción de algún patógeno externo sexualmente transmitido.

Si bien es cierto que el flujo vaginal es la afección ginecológica más común de las mujeres sexualmente activas, no todos los casos de flujo vaginal son ITS.

#### *Etiología:*

El descenso vaginal tiene diversas etiologías y localizaciones y no es posible diferenciarlas desde el punto de vista clínico.

Las principales causas de flujo vaginal anormal son las infecciones vaginales o vaginitis entre ellas:

- Vaginosis bacteriana (*Gardnerella vaginalis* asociada con agentes anaerobios como son bacteroides, peptococos, peptoestreptococos, enterobacterias, además *Mobiluncus curtissii*, *M. hominis* y *Ureaplasma urealyticum*)
- *Trichomona vaginalis* (que si es sexualmente transmitida)
- Infección por *Cándida* (especialmente *C. Albicans*)

El flujo vaginal anormal puede ser también causado por infecciones originadas en el cervix (cervicitis por clamidia y gonorrea, verrugas cervicales, ulceraciones del cervix, ejm. Herpes genital, chancroide, carcinoma) y el útero (Enfermedad inflamatoria pélvica, endometritis). Sin embargo en el Perú de lejos las causas más comunes de flujo vaginal anormal son las las infecciones vaginales o vaginitis.

4. *Síndrome de dolor abdominal bajo (en mujeres)*: El dolor abdominal bajo en mujeres puede guardar relación con diferentes entidades, entre ellas: embarazo ectópico, apendicitis, aborto séptico y absceso pélvico, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), etc.

Cuando se descartan el grupo de emergencias quirúrgicas como causa del dolor, y este se asocia a flujo vaginal y/o fiebre y/o dolor a la movilización del cérvix se constituye en el Síndrome de Dolor Abdominal Bajo y representa la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

La EPI es una infección de los órganos reproductivos internos que afecta a mujeres sexualmente activas y que es ocasionada por microorganismos que ascienden desde la vagina o el cérvix hacia el endometrio, trompas de Falopio y/o estructuras contiguas. La EPI es un término usado para describir la infección del tracto reproductivo superior que frecuentemente involucra el endometrio (endometritis), trompas de falopio (salpingitis) y peritoneo pélvico (peritonitis). La clásica visión de la EPI es la de un síndrome agudo con dolor abdominal bajo y anexos dolorosos. La severidad de la EPI radica en que puede evolucionar en peritonitis pélvica, abscesos tubáricos y peritonitis generalizada, los cuales son potencialmente de resolución quirúrgica, pudiendo ser fatales. Adicionalmente, la salpingitis, que ocurre en el curso de la enfermedad, puede producir bloqueo tubárico, que en el caso de ser bilateral y completo lleva a la infertilidad, y de ser parcial puede producir embarazos ectópicos, que eventualmente pueden romperse y causar hemorragia intrabdominal masiva y la muerte.

#### *Etiología:*

Los agentes patógenos que causan la EPI son *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, y microorganismos de la flora vaginal (bacterias anaeróbicas, *Gardenella vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, bacilos gram negativos, y

*Streptococcus agalactiae*). Además *Mycoplasma hominis* y *Ureoplasma urealyticum* probablemente también se asocian a EPI.

Muchos casos de EPI son polimicrobianos en etiología, con dos o más organismos involucrados. Es imposible diferenciarlos clínicamente y un diagnóstico preciso microbiológico es difícil, por tanto los regímenes de tratamiento deben ser efectivos contra una gran variedad de patógenos.

5. *Síndrome de bubón inguinal (en hombres y mujeres)*: Síndrome de bubón inguinal se define como el crecimiento doloroso y fluctuante de los ganglios linfáticos a nivel inguinal acompañado de cambios inflamatorios de la piel suprayacente.

#### *Etiología:*

El síndrome de bubón inguinal es ocasionado, principalmente, por linfogranuloma venéreo y chancroide. Otras causas de bubón inguinal son tuberculosis y peste. Es importante recordar que el evento de linfadenopatía inguinal (solo crecimiento ganglionar inguinal) es más frecuente que el de bubón inguinal y que su correcta diferenciación es crucial para la adecuada indicación terapéutica, por lo que siempre se debe determinar si el aumento en el tamaño de los ganglios linfáticos inguinales corresponde realmente a un bubón.

La linfadenopatía inguinal puede ser ocasionada por infecciones localizadas en la región genital y de los miembros inferiores, puede acompañar al síndrome de úlcera genital, o ser manifestación de infección por el VIH.

## **LAS ITS Y LAS TRABAJADORAS SEXUALES**

Los estudios epidemiológicos recientes han investigado las redes que son definidas por relaciones sexuales entre los individuos, y descubrieron que las características de las redes sexuales son cruciales a la extensión de las enfermedades de transmisión sexual. Particularmente, parece ser un factor importante, la mezcla asociativa (distributiva) entre la gente con una gran cantidad de parejas sexuales.

Para determinar quienes corren más riesgo de contraer y distribuir alguna ITS es necesario concentrar la atención en los grupos de población más vulnerables. Los miembros de estos subgrupos son por definición, expuestos a más riesgo para la transmisión.



La trabajadora sexual es conocida como aquella mujer que tiene como actividad económica el intercambio de sexo por dinero u otros bienes, está considerada dentro de las poblaciones vulnerables, por su alto recambio de parejas sexuales y alta exposición a las ITS, es por eso que esta profesión sin el uso de las precauciones del sexo seguro se ha asociado a menudo con la extensión de ciertas infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, las ITS pueden transmitirse en cualquier forma de relación sexual, sin importar la naturaleza de esta.

La vulnerabilidad de este grupo se relaciona fundamentalmente con:

- Pobreza creciente e imposición de políticas económicas neoliberales. Los niveles de ingreso económico sobrepasan, en general, dos salarios mínimos mensuales.
- Múltiples parejas.
- Empleo de prácticas sexuales de riesgo relacionado con incremento en el dinero percibido al no emplear métodos de protección.
- Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas que disminuyen la posibilidad de control sobre comportamientos sexuales.
- Pobre acceso a los servicios de salud y carencia de seguridad social.
- Delincuencia.
- Baja capacidad de negociación de prácticas sexuales seguras y en el uso del condón.
- Inexistencia de programas específicos de prevención dirigidos a ellas y de asignación de recursos para esto.
- Posibilidad de incremento de trauma genital por relaciones sexuales no consensuales, rápidas o frecuentes.

Podemos afirmar que las trabajadoras sexuales pertenecen a los grupos que presentan una elevada prevalencia de infecciones de transmisión sexual, para ellas la Guía Nacional de Consejería para ITS establece los siguientes aspectos a abordar:

- Reconocimiento de signos y síntomas de infecciones de transmisión sexual.
- La búsqueda de servicios de salud.
- Promoción y provisión del uso de condón en cada relación sexual que tenga con sus clientes y con su pareja estable.
- Negociación con los clientes para el uso del condón.

- La práctica de sexo anal es la de mayor riesgo de contagio de una ITS o del VIH.
- El sexo oral sin usar preservativo es una práctica de riesgo.
- El cuidado del cuerpo y la protección de la salud es importante.
- La atención médica periódica permite la búsqueda activa de ITS.
- Higiene personal.
- Evitar el trabajo sexual durante la menstruación.
- Una persona con resultado positivo de WESTERN BLOTT.
- Aspectos legales del trabajo sexual.

#### **a. Actitud Sexual**

Las actitudes sexuales son la forma como percibimos la sexualidad: positiva, negativa, neutra, responsable, irresponsable, valiosa, peligrosa, etc. Las actitudes se forman a partir de experiencias personales, modelos de personas importantes en nuestra vida y por aquello que se enseña a través del sistema educativo y los medios masivos.

#### **b. Atención Médica Periódica (AMP)**

La AMP, según el MINSA, se define como el control sistemático y periódico en busca de ITS que se realiza a los/las trabajadores(as) sexuales (TS), sin importar su estado serológico con una periodicidad de 30 días. La Atención Médica Periódica debe realizarse en los Centros de Referencia de ITS y SIDA (CERITSS), Centros de Referencia de ITS (CERITS) o en las Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP) reconocidas a nivel nacional.

La Atención Médica Periódica a trabajadoras sexuales mujeres incluye:

- Evaluación clínica cada 30 días, priorizando en el examen físico la inspección de piel, boca, región perianal, anal y presencia de adenopatías. Además deberá incluirse examen vaginal con espéculo y examen bimanual.
- Evaluación de laboratorio cada 30 días, para lo cual se deberá realizar el examen con espéculo con toma de muestras de secreción vaginal (pH, directos y tinción de Gram) y estudio de secreción endocervical (tinción de Gram, Elisa para Clamidia y cultivo para *N. gonorrhoeae*). Además se realizara el hisopado de recto (cultivo de *N. gonorrhoeae*).
- Evaluación serológica para Sífilis con RPR cada 3 meses.
- Prueba de ELISA para VIH cada 6 meses.

- PAP anual, ya que la infección por algunos serotipos de VPH (16, 18, 3, etc.) aumentan el riesgo de cáncer cervical.
- Información, consejería, promoción del uso y provisión de condones.

### III. METODOLOGÍA

#### 1. *Tipo de investigación:*

La siguiente investigación es de tipo observacional, analítica, de corte transversal.

#### 2. *Población y muestra*

- **Definición de la población de estudio:** Trabajadoras sexuales que son atendidas en el CERITSS del Centro Materno Infantil San José de Villa El Salvador.
- **Diseño muestral:**
  - Unidad de análisis: Trabajadoras sexuales que acuden a sus controles el CERITSS del Centro Materno Infantil San José de Villa el Salvador.
  - Tamaño muestral: Según estadísticas del C.M.I San José de Villa el Salvador se atiende anualmente aproximadamente a 600 trabajadoras sexuales entre ellas paciente continuadoras y pacientes nuevas que son referidas por sus promotores de salud. Se vio conveniente para este estudio realizar la entrevista a 50 TS atendidas en dicho centro.
  - Criterios de inclusión:
    - Trabajadoras sexuales que realicen sus controles en el CERITSS Centro Materno Infantil San José de Villa el Salvador.
    - Trabajadoras sexuales únicamente del sexo femenino.
    - Trabajadoras sexuales con edad mayor o igual a 18 años.
    - Trabajadoras sexuales que ejerzan el trabajo sexual por más de 6 meses.
    - Trabajadoras sexuales que el trabajo sexual en establecimientos con o sin permiso municipal.
    - Trabajadoras sexuales que hayan aceptado participar en el estudio previo consentimiento informado.

- Criterios de exclusión:
  - Varones que realicen el trabajo sexual.
  - Trabajadoras sexuales que ejerzan el trabajo sexual menos de 6 meses.
  - Trabajadoras sexuales que no hayan aceptado el consentimiento informado para participar en el estudio.
- Criterios de eliminación:
  - Trabajadores sexuales varones que sean transexuales o se hayan realizado el “cambio de sexo”.
  - Trabajadoras sexuales que aceptaron ingresar al estudio pero se retiraron voluntariamente.
  - Trabajadoras sexuales que aceptaron ingresar al estudio pero que no respondieron adecuadamente al cuestionario.

### 3. Variables

Variables	Subvariables	Indicador	Escala	Técnica o instrumento de medición
<b>Características Generales</b>	Característica sociales	Edad	Discreta	Entrevista
		Lugar de Procedencia	Nominal	Entrevista
		Grado de Instrucción	Ordinal	Entrevista
		Estado Civil	Nominal	Entrevista
		Convivencia	Nominal	Entrevista
		Ingresos por otra clase de trabajo	Nominal	Entrevista
	Características del trabajo sexual	Tiempo en el trabajo sexual	Discreta	Entrevista
		Nº de días a la semana que ejerce el TS	Discreta	Entrevista
		Número de clientes por día	Discreta	Entrevista
		Lugar donde ejerce el TS	Nominal	Entrevista
		Atención a más de un cliente por servicio	Nominal	Entrevista
	Antecedentes Clínicos	Presencia actual de ITS	Nominal	Entrevista
		ITS diagnosticada	Nominal	Entrevista

<b>Nivel de conocimientos sobre ITS</b>	Identificación de factores protectores y de riesgo frente al contagio de ITS	Reconoce el uso de drogas y/o alcohol como factor de riesgo.	Ordinal	Entrevista
		Reconoce el elevado número de parejas sexuales como factor de riesgo.	Ordinal	Entrevista
		Reconoce el mal uso del preservativo como factor de riesgo.	Ordinal	Entrevista
		Reconoce el bajo poder de decisión en la relación sexual como factor de riesgo.	Ordinal	Entrevista
	Identificación de algunas características de las ITS	Conocimiento sobre ITS.	Nominal	Entrevista
		Conocimientos de la sintomatología de una ITS en mujeres.	Ordinal	Entrevista
		Conocimientos de la sintomatología de una ITS en varones.	Ordinal	Entrevista
	Conocimientos sobre prevención del contagio de ITS	Reconoce cuales son las vías de contagio de una ITS/VIH.	Ordinal	Entrevista
		Reconoce al preservativo como protección frente a una ITS/VIH.	Ordinal	Entrevista
		Conoce el uso adecuado del preservativo.	Ordinal	Entrevista
		Lugares donde conseguir un preservativo.	Ordinal	Entrevista
	Conocimientos sobre la prueba de ELISA	Conocimiento sobre el significado de la prueba de ELISA y resultados.	Ordinal	Entrevista

		Conocimientos sobre la periodicidad de la toma de la prueba de ELISA.	Ordinal	Entrevista
	Conocimiento sobre la atención médica periódica	Conocimiento sobre la periodicidad de la AMP.	Ordinal	Entrevista
<b><i>Actitudes Sexuales frente al contagio de ITS</i></b>	Acciones para protegerse de una ITS	Acciones para protegerse de una ITS.	Ordinal	Entrevista
	Acciones para curarse de una ITS	Acciones para curarse de una ITS.	Ordinal	Entrevista
	Conductas y hábitos frente a los clientes	Tipos de coito que practica.	Nominal	Entrevista
		Preservativo a la mano en los servicios.	Ordinal	Entrevista
		Uso del preservativo con los clientes.	Ordinal	Entrevista
		Persona que sugiere el uso del preservativo.	Ordinal	Entrevista
		Razones por las cuales no usa el preservativo.	Ordinal	Entrevista
		Conoce el uso adecuado del preservativo con clientes.	Ordinal	Entrevista
		Consumo de alcohol y/o drogas con clientes.	Ordinal	Entrevista
		Rechazo a clientes.	Nominal	Entrevista
		Motivos de rechazo a clientes	Ordinal	Entrevista
	Conducta frente a la normativa de las UAMP's	Posesión de carné de sanidad.	Ordinal	Entrevista
		Consultas al especialista en los últimos 06 meses.	Nominal	Entrevista
		Motivo por los cuales acude a AMP.	Nominal	Entrevista

#### **4. *Procesamiento y análisis de datos:***

- i. *Recolección de datos:*** El proceso de recolección de datos tuvo diferentes etapas. En primer lugar, se procedía a la lectura del consentimiento informado; una vez que la participante manifestaba que quería hacer parte de la investigación, debía responder una encuesta de 46 preguntas. Las encuestas fueron formuladas por los tesisistas, constaron de tres grandes grupos de preguntas: I. Datos Socio-Demográficos, II. Preguntas orientadas a conocer el nivel de conocimiento sobre el contagio de ITS y III. Preguntas orientadas a conocer las actitudes sexuales frente al contagio de ITS; y su desarrollo tomó un aproximado de 30 minutos.
- ii. *Diseño del instrumento:*** La Encuesta de Vigilancia del comportamiento de Family Health International, validada por la OMS, fue adaptada al contexto del CMI San José y, posteriormente, ajustada al cuadro de operacionalización de variables.
- iii. *Análisis de datos:*** Para el análisis de los datos se utilizaron el software IBM SPSS v19.0 en español y MS Excel 2007, y los resultados se presentaron mediante tablas de frecuencias para las variables cualitativas y cuantitativas, y las medidas estadísticas utilizadas fue el Coeficiente de Correlación de Pearson y  $\chi^2$  (“chi” cuadrado) con tablas de contingencias.



## IV. RESULTADOS - DESCRIPTIVO

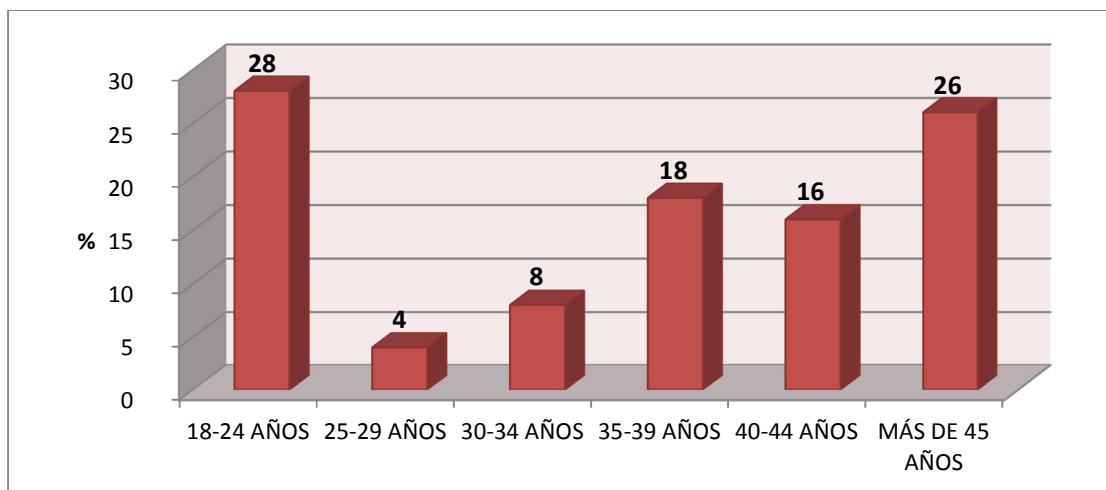
### 1. Perfil de la Trabajadora Sexual

**Tabla N°1.1: EDAD**

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		36,00
Moda		23
Mínimo		19
Máximo		57

La edad promedio obtenida dentro de la muestra entrevistada fue de 36 años; obteniendo como edad mínima 19 años y máxima edad de 57 años. Y la edad más frecuente fue de 23 años.

**Gráfico N°1: GRUPO ETARIO**



**Tabla N°1.2: GRUPO ETARIO\***

	Frecuencias	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos 18-24 AÑOS	14	28,0	28,0
25-29 AÑOS	2	4,0	32,0
30-34 AÑOS	4	8,0	40,0
35-39 AÑOS	9	18,0	58,0
40-44 AÑOS	8	16,0	74,0
MÁS DE 45 AÑOS	13	26,0	100,0
Total	50	100,0	

\*Según ENDES 2009.

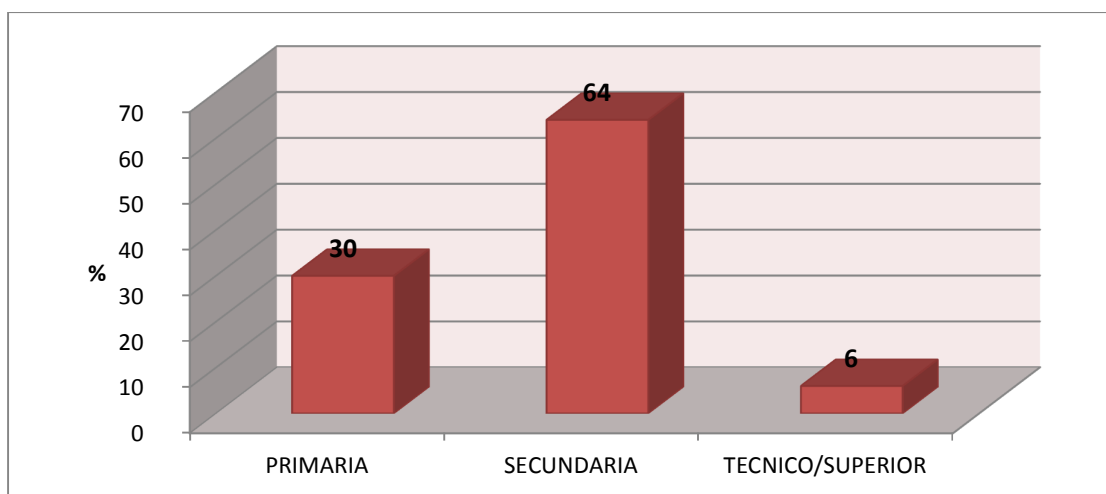
Se agrupó a las participantes por grupos por edades según la distribución del ENDES 2009, obteniendo así que la mayoría de las participantes (28%) tienen entre 18 y 24 años de edad, seguido del grupo de más de 45 años de edad (26%); en tercer lugar el grupo de entre 35 y 39 años (18%).

**Tabla N°2: LUGAR DE NACIMIENTO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Ayacucho	1	2,0	2,0
Cajamarca	1	2,0	4,0
Callao	1	2,0	6,0
Cañete	2	4,0	10,0
Huaraz	1	2,0	12,0
Junín	1	2,0	14,0
Lima	38	76,0	90,0
Loreto	1	2,0	92,0
Piura	1	2,0	94,0
Pucallpa	1	2,0	96,0
San Martín	1	2,0	98,0
Trujillo	1	2,0	100,0
Total	50	100,0	

Como lugar de nacimiento de las trabajadoras sexuales entrevistadas, el 76 % corresponde al departamento de Lima, seguido de Cañete con un 4%. Con un 2% están las ciudades de Ayacucho, Cajamarca, Callao, Huaraz, Junín, Loreto, Pucallpa, San Martín y Trujillo.

**Gráfico N°2: GRADO DE INSTRUCCIÓN**

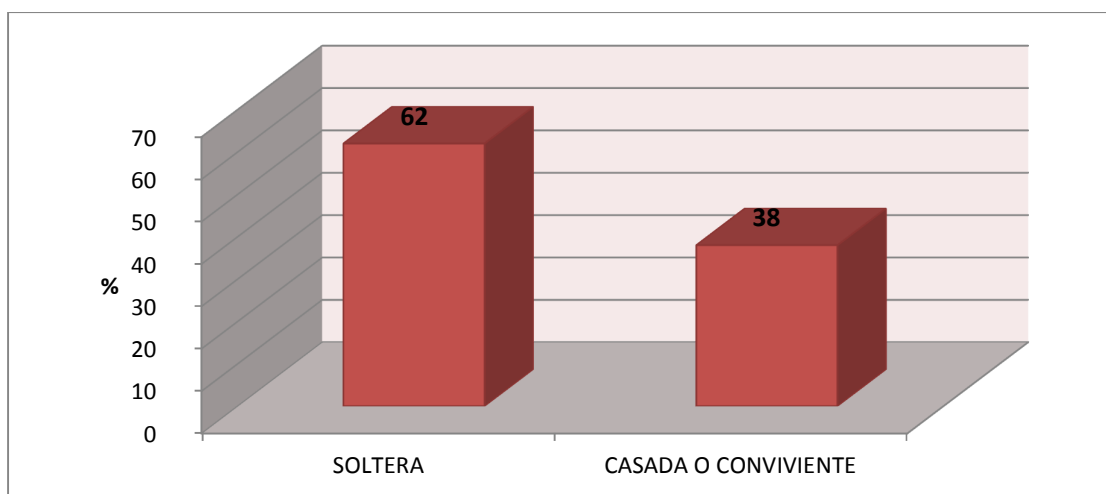


**Tabla N°3: GRADO DE INSTRUCCIÓN**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	PRIMARIA	15	30,0	30,0
	SECUNDARIA	32	64,0	94,0
	TECNICO/SUPERIOR	3	6,0	100,0
	Total	50	100,0	

Según el cuadro se encontró que del 64% de la muestra ha alcanzado el nivel de educación Secundaria, el 30% de ellas tiene nivel Primario y que solo el 6 % del total ha alcanzado el Nivel Técnico o Superior.

**Gráfico N°3: ESTADO CIVIL**

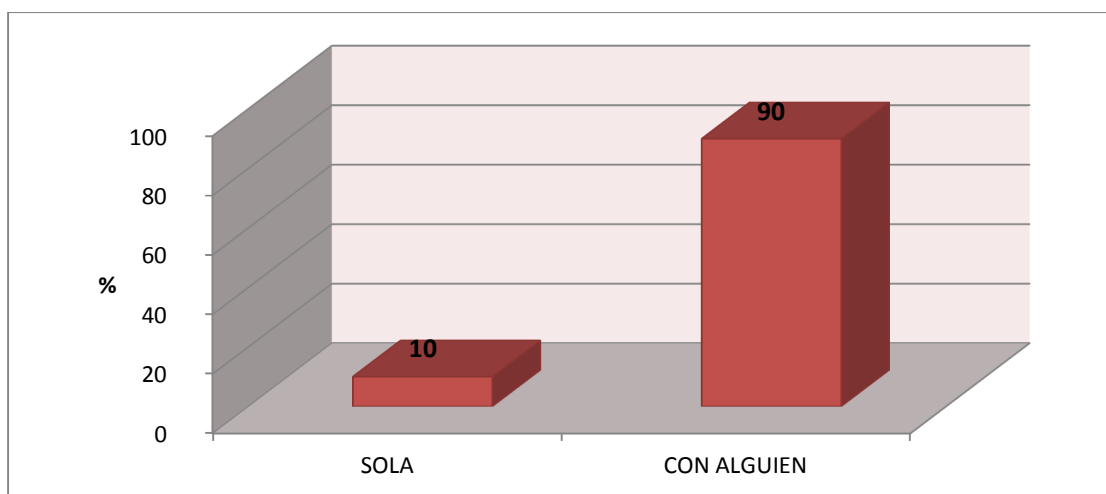


**Tabla N° 4: ESTADO CIVIL**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	SOLTERA	31	62,0	62,0
	CASADA O CONVIVIENTE	19	38,0	100,0
	Total	50	100,0	

El 62% de la muestra refiere ser soltera o no tener pareja estable; mientras que solo el 38% refiere estar casada o convivir con una pareja estable.

**Gráfico N°4.1: CONVIVENCIA**

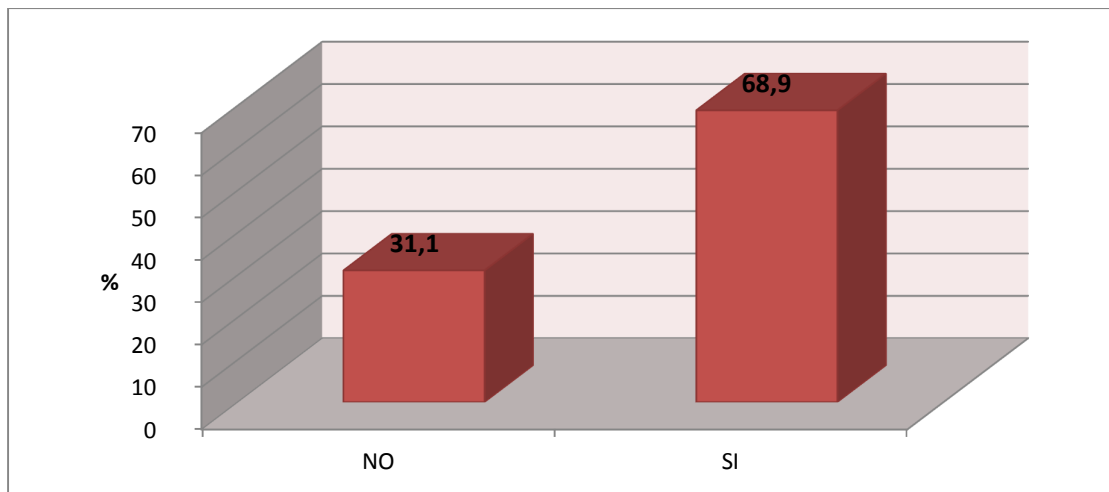


**Tabla N°5.1: CONVIVENCIA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	SOLA	5	10,0	10,0
	CON ALGUIEN	45	90,0	100,0
	Total	50	100,0	

El 45% de las entrevistadas manifestó compartir la vivienda que ocupa con alguien más, teniendo en su mayoría la compañía de sus hijos y/o padres. Y el 5% de ellas manifestó vivir sola.

**Gráfico N°4.2: DEPENDENCIA ECONOMICA**

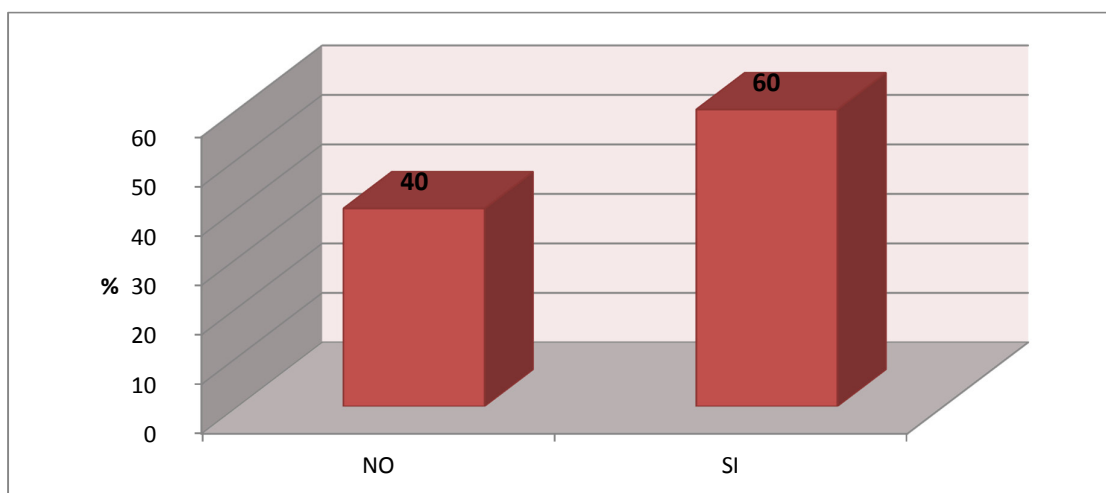


**Tabla N°5.2: DEPENDENCIA ECONÓMICA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	14	28,0	31,1
	SI	31	62,0	100,0
	Total	45	90,0	
Perdidos	Sistema	5	10,0	
Total		50	100,0	

Del total de encuestada que refirió vivir con alguien más, el 62% afirmaron que estas personas dependen económicamente de ellas, y 28% afirmo que el dinero que ganan lo gastan en ellas mismas.

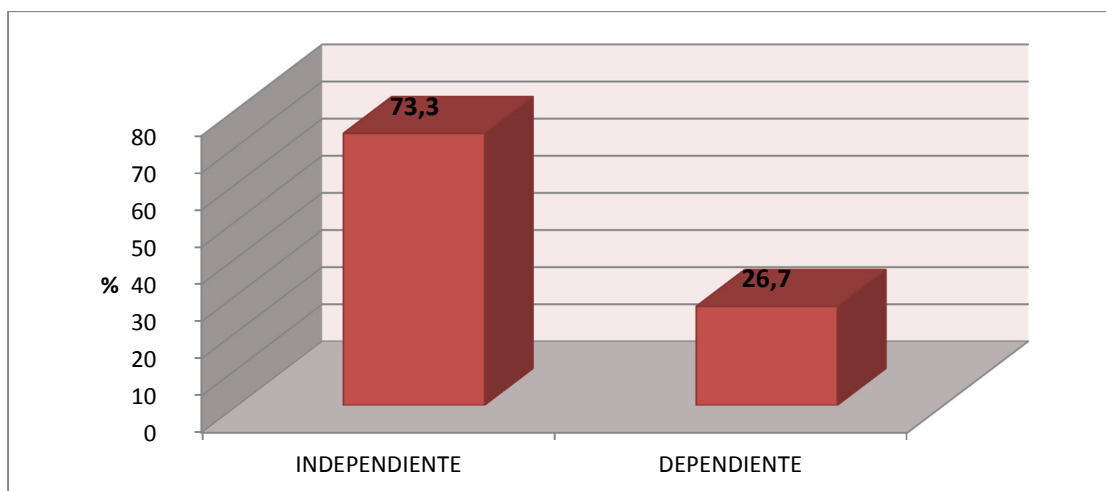
**Gráfico N°5.1: OTROS INGRESOS**



**Tabla N°6.1: OTROS INGRESOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	20	40,0	40,0
	SI	30	60,0	100,0
	Total	50	100,0	

**Gráfico N°5.2: TIPO DE TRABAJO**



**Tabla N°6.2: TIPO DE TRABAJO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	INDEPENDIENTE	22	44,0	73,3
	DEPENDIENTE	8	16,0	100,0
	Total	30	60,0	
Perdidos	Sistema	20	40,0	
Total		50	100,0	

El 60% de las participantes mencionó tener otros ingresos provenientes de otra clase de empleo, siendo el 73% de ellas trabajadoras independientes y el resto (27%) dependientes. El 40% de la muestra se desempeña únicamente como trabajadora sexual.

**Tabla N°7: DIAS QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL**

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		3,62
Mínimo		1
Máximo		7

El promedio de días que una trabajadora sexual trabaja por semana es de 3 días, siendo el mínimo de días 1 y el máximo 7 días por semana.

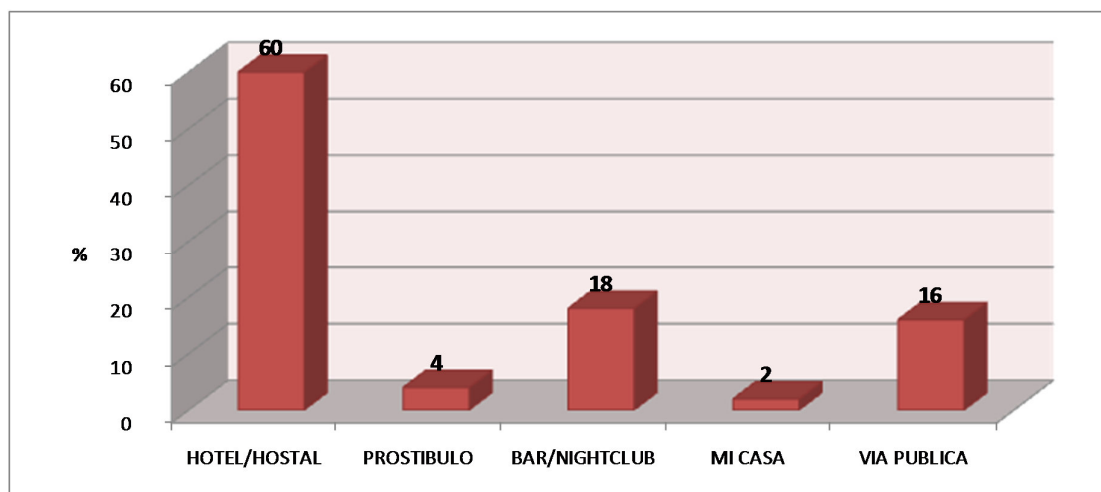
**Tabla N°8: NÚMERO DE CLIENTES POR DÍA**

	N	Suma	Media
MINIMO	50	143	2,86
MAXIMO	50	326	6,52
N válido (según lista)	50		

El promedio de clientes que una trabajadora sexual atiende por día de trabajo es 2 y como máximo 6.



**Gráfico N°6: LUGAR DE ATENCIÓN AL CLIENTE**

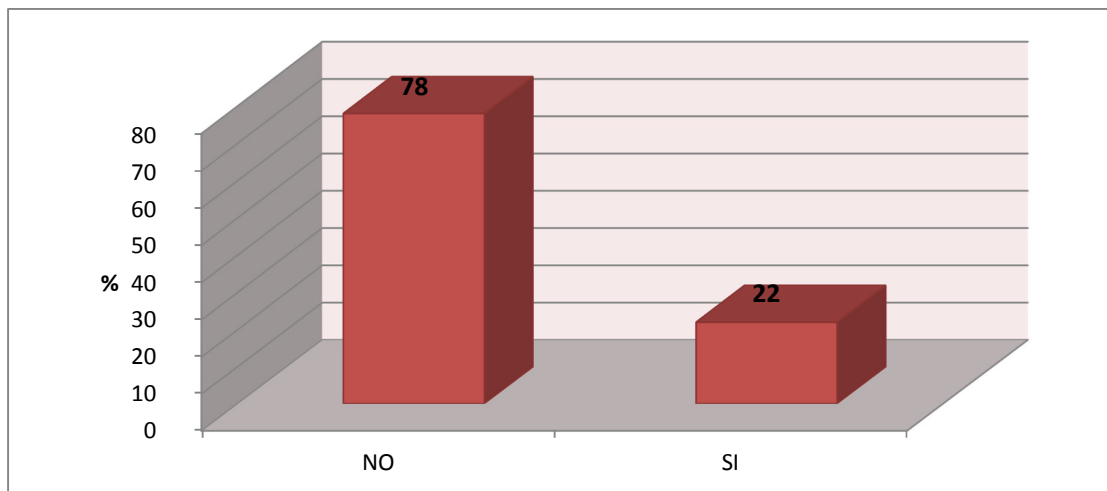


**Tabla N°9: LUGAR DE ATENCIÓN AL CLIENTE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	HOTEL/HOSTAL	30	60,0	60,0
	PROSTIBULO	2	4,0	64,0
	BAR/NIGHTCLUB	9	18,0	82,0
	MI CASA	1	2,0	84,0
	VIA PUBLICA	8	16,0	100,0
	Total	50	100,0	

De las entrevistadas, el 60% manifestó atender a sus clientes en un cuarto de hotel u hostel, el 18% en algún bar o night-club, y un 16% en la vía pública; este último grupo refirió prestar servicios a los conductores de tráiler que circulan en las carreteras, teniendo relaciones sexuales en el interior del vehículo o cerca de él.

**Gráfico N°7: RELACIONES SEXUALES CON MÁS DE UNA PERSONA POR SERVICIO**

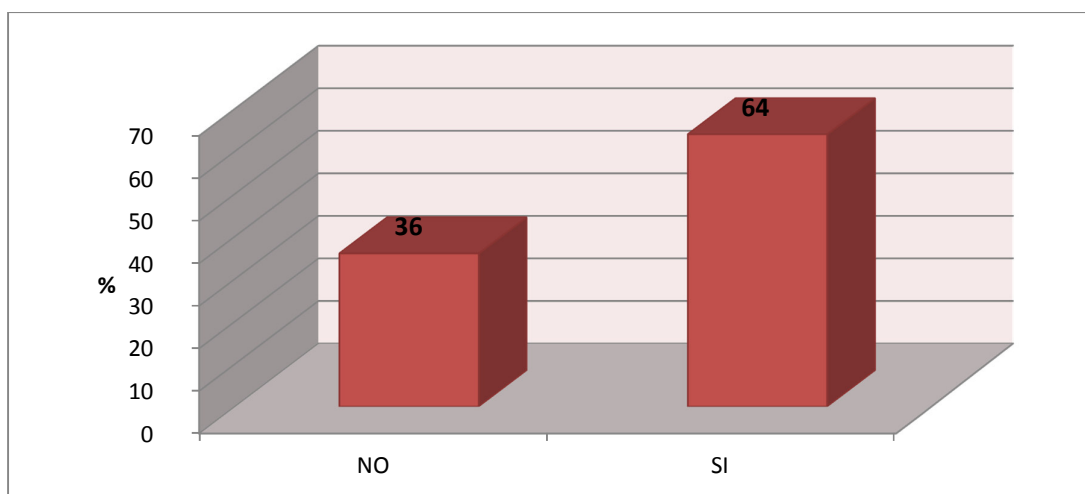


**Tabla N°10: RELACIONES SEXUALES CON MÁS DE UNA PERSONA POR SERVICIO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
Válidos NO	39	78,0	78,0
SI	11	22,0	100,0
Total	50	100,0	

De la muestra se obtuvo que en el último mes de servicio, el 22% de las trabajadoras sexuales fueron contratadas para mantener relaciones sexuales con más de una persona durante el mismo servicio, mientras que el 78% niega haber prestado esta clase de atenciones, pero no niegan haber recibido dicha propuesta.

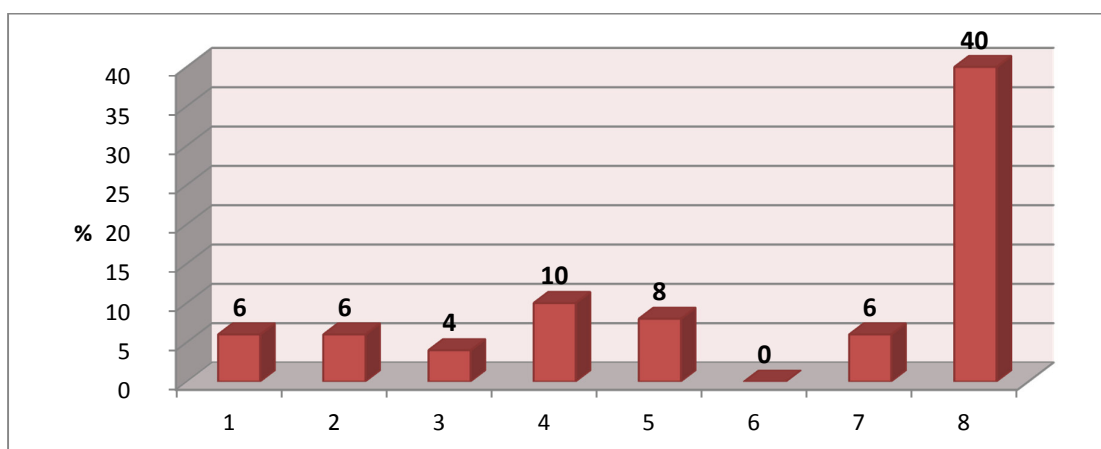
**Gráfico N°8.1: ANTECEDENTE DE ITS**



**Tabla N°11.1: ANTECEDENTE DE ITS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
Válidos	NO	18	36,0	36,0
	SI	32	64,0	100,0
	Total	50	100,0	

**Gráfico N°8.2: ITS DIAGNOSTICADA**



N°	Leyenda
1	Gonorrea
2	Clamidia
3	Herpes
4	Condilomatosis
5	Sífilis
6	Hepatitis B
7	VIH
8	Alguna otra

**Tabla N°11.2: ITS DIAGNOSTICADA**

	N	Sumatoria	Porcentaje
LE HAN DIAGNOSTICADO GONORREA	50	3	6,00
LE HAN DIAGNOSTICADO CLAMIDIA	50	3	6,00
LE HAN DIAGNOSTICADO HERPES	50	2	4,00
LE HAN DIAGNOSTICADO CONDILOMAS O VERRUGAS GENITALES	50	5	10,00
LE HAN DIAGNOSTICADO SIFILIS	50	4	8,00
LE HAN DIAGNOSTICADO HEPATITIS B	50	0	0,00
VIH	50	3	6,00
ALGUNA OTRA*	50	20	40,00
Válidos N (listwise)	50		

\* Tricomoniasis, VPH, cervicitis, vaginitis.

De la muestra obtenida, el 64% afirmó haber padecido alguna vez alguna ITS; del total, el 10% refirió el diagnóstico de condilomatosis genital, el 8% un diagnóstico de sífilis y

el 6% refirió tener diagnóstico de VIH, un 40% de las entrevistadas refirió haber padecido alguna vez tricomoniasis, cervicitis, vaginitis o VPH.

## 2. Nivel de conocimiento

**Tabla N°12: ESCALAS POR PUNTAJES: NIVEL DE CONOCIMIENTOS**

		PUNTAJE TOTAL CONOCIMIENTOS	PUNTAJE TOTAL ACTITUDES
N	Válidos	20	20
	Perdidos	0	0
Media		32,0000	26,5000
Desv. típ.		7,29816	7,04497
Mínimo		21,00	14,00
Máximo		45,00	41,00

### CLASIFICACION DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS SEGÚN ESTANINOS.

#### PUNTOS DE CORTE:

$$A = \text{MEDIA} - 0.75 \times \text{DESV. EST}$$

$$B = \text{MEDIA} + 0.75 \times \text{DESV. EST}$$

#### CONOCIMIENTOS:

$$A = 32 - 0.75 \times 7.3$$

$$A = 27$$

$$B = 32 + 0.75 \times 7.3$$

$$B = 38$$

---

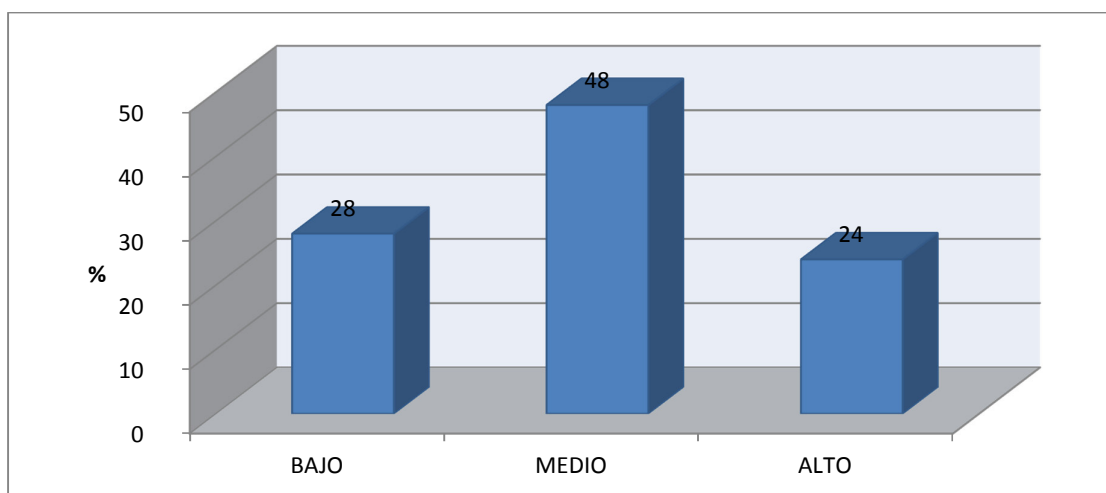
ESCALAS	CLASIFICACION
---------	---------------

---

< 27	BAJO
28 A 38	MEDIO
> 38	ALTO

---

**Gráfico N°9: NIVEL DE CONOCIMIENTOS**

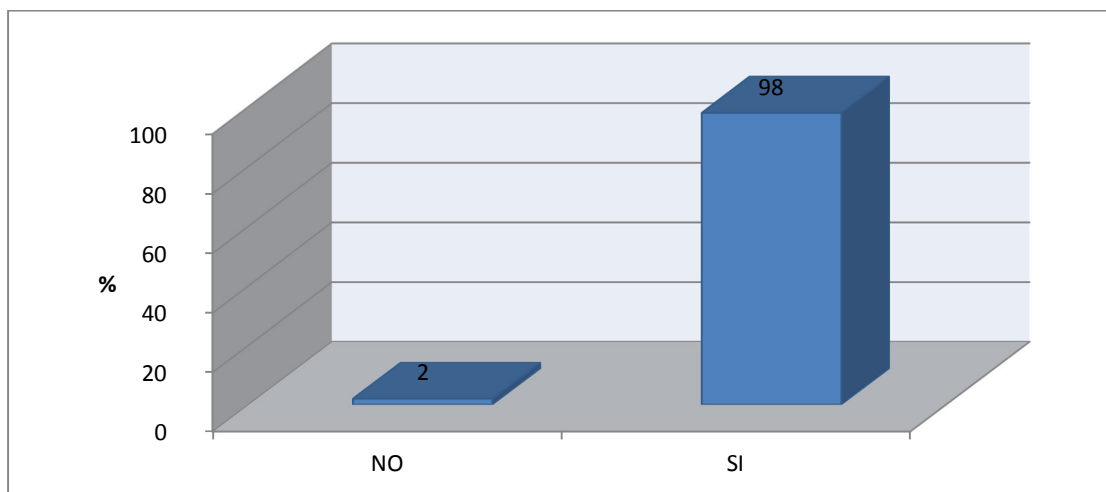


**Tabla N°13:NIVEL DE CONOCIMIENTOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	BAJO	14	28,0	28,0
	MEDIO	24	48,0	76,0
	ALTO	12	24,0	100,0
	Total	50	100,0	

Para el análisis del nivel de conocimientos se otorgaron puntajes por pregunta, y tomando un piloto de 20 Cuestionarios, se establecieron escalas de calificación por intervalos de puntaje. Del piloto, el puntaje máximo obtenido fue de 45 puntos y el mínimo de 21 puntos; mediante la clasificación de puntajes según Estaninos se obtuvieron los puntos de corte que delimitarían nuestras escalas en: Bajo, medio y alto. De esta manera se obtuvo que, el 48% de las participantes obtuvieron un puntaje medio en nivel de conocimientos, el 28% fue bajo y el 24% restante, alto.

**Gráfico N°10: ¿HA OIDO DE LAS INFECCIONES QUE SE PUEDEN TRANSMITIR AL TENER RELACIONES SEXUALES?**

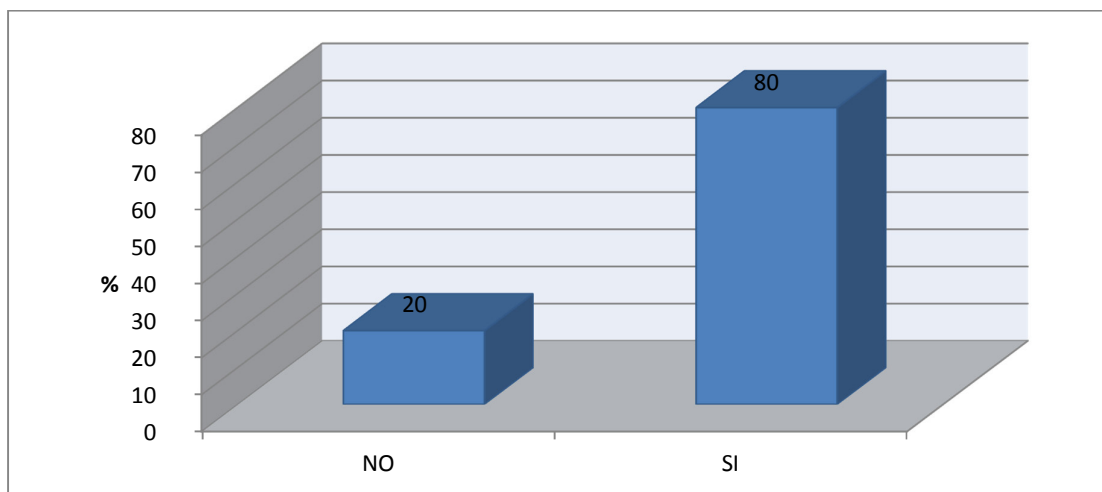


**Tabla N°14: ¿HA OIDO DE LAS INFECCIONES QUE SE PUEDEN TRANSMITIR AL TENER RELACIONES SEXUALES?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos NO	1	2,0	2,0
SI	49	98,0	100,0
Total	50	100,0	

Al indagar en la encuesta por las infecciones de transmisión sexual, se encontró que el 98% de las trabajadoras sexuales entrevistadas las conocen o han oído hablar de ellas, y sólo el 2% refirió no conocerlas.

**Gráfico N°11 : USTED CONOCE ALGUN SINTOMA DE LAS INFECCIONES DE LA TRANSMISION SEXUAL EN LAS MUJERES**



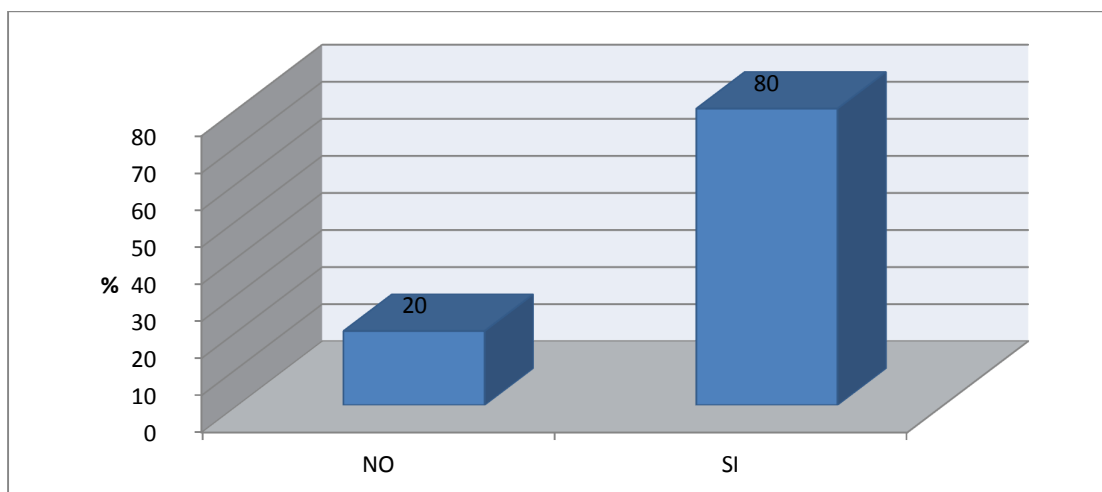
**Tabla N°15 : USTED CONOCE ALGUN SINTOMA DE LAS INFECCIONES DE LA TRANSMISION SEXUAL EN LAS MUJERES**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	10	20,0	20,0
	SI	40	80,0	100,0
	Total	50	100,0	

El 20% de las trabajadoras sexuales refirió no conocer ningún síntoma característico de las ITS en las mujeres. Del porcentaje de mujeres que manifestó conocer algún síntoma (80%), la mayoría mencionó el flujo vaginal con mal olor; en segundo lugar, la comezón en los genitales y, en menor proporción, dolor abdominal bajo. Las úlceras en los genitales es otro de los síntomas recordado por las mujeres, aunque en proporciones mucho menores.



**Gráfico N°12: USTED CONOCE ALGUN SINTOMA DE LAS INFECCIONES DE LA TRANSMISION SEXUAL EN LOS VARONES**

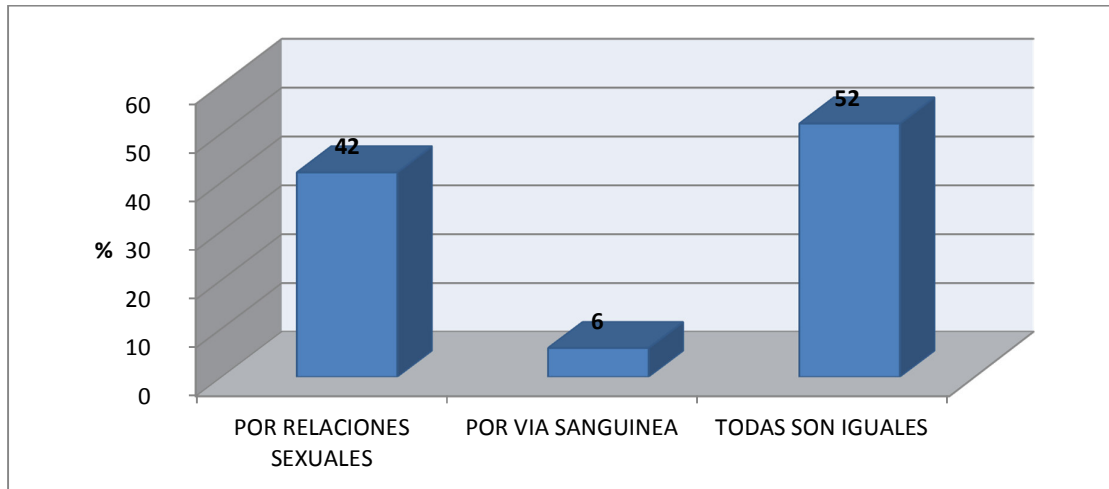


**Tabla N°16: USTED CONOCE ALGUN SINTOMA DE LAS INFECCIONES DE LA TRANSMISION SEXUAL EN LOS VARONES**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos NO	10	20,0	20,0
SI	40	80,0	100,0
Total	50	100,0	

En un rango porcentual similar, 20% de las mujeres refirió no conocer ningún síntoma característico de las ITS en los varones, y entre aquellas que respondieron conocer algún síntoma, la secreción con mal olor fue el más mencionado; en segunda instancia, se nombraron las úlceras o llagas en los genitales, en tanto que los condilomas se encuentran en tercer lugar, entre otros síntomas.

**Gráfico N°13: A SU CRITERIO ¿CUAL ES LA PRINCIPAL FORMA DE CONTAGIO PARA UNA ITS O EL VIH?**

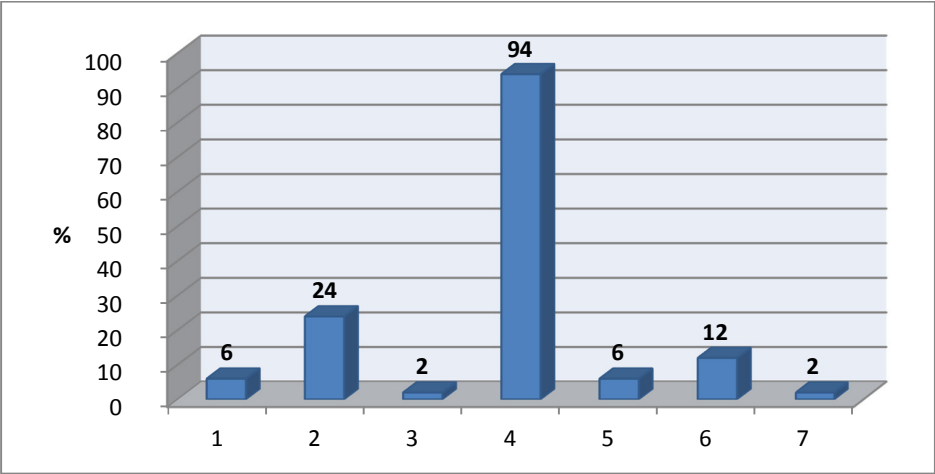


**Tabla N°17: A SU CRITERIO ¿CUAL ES LA PRINCIPAL FORMA DE CONTAGIO PARA UNA ITS O EL VIH?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	POR RELACIONES SEXUALES	21	42,0	42,0
	POR VIA SANGUINEA	3	6,0	48,0
	TODAS SON IGUALES	26	52,0	100,0
	Total	50	100,0	

Sobre las creencias que existen alrededor de las formas de transmisión del VIH, el 42% de las mujeres sabe que la principal forma de transmisión del virus es tener relaciones sexuales sin condón. Así mismo, un poco más del 6% sabe que recibir una transfusión de sangre infectada es otra forma de adquirir el virus del VIH; más del 50% de las entrevistadas considera que no existe diferencia alguna entre las tres vías de transmisión del VIH (sexual, sanguínea y vertical).

**Gráfico N°14:¿CUAL CONSIDERA LA MEJOR MANERA PARA PREVENIR UNA ITS?**



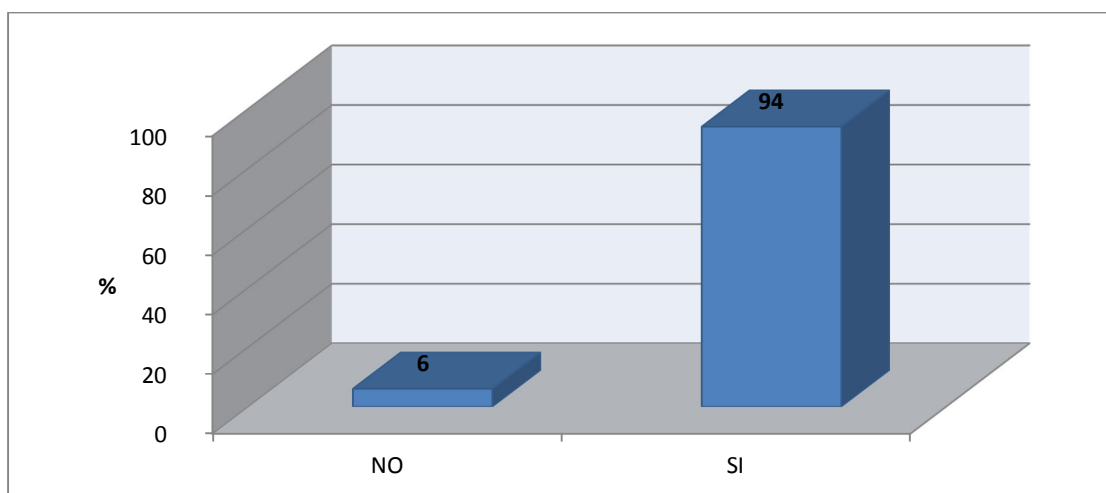
N°	Leyenda
1	Tomar pastillas
2	Bañarse todos los días
3	Colocarse inyectables
4	Usar preservativos en cada relación sexual
5	Colocarse un óvulo con espermicida
6	Lavar bien las partes íntimas después de atender a un cliente
7	Ninguna

**Tabla N°18:¿CUAL CONSIDERA LA MEJOR MANERA PARA PREVENIR  
UNA ITS?**

	N	Sumatoria	Porcentaje
TOMAR PASTILLAS	50	3	6,00
BAÑARSE TODOS LOS DÍAS	50	12	24,00
COLOCARSE INYECTABLES	50	1	2,00
USAR PRESERVATIVOS EN CADA RELACION SEXUAL	50	47	94,00
COLOCARSE UN OVULO CON ESPERMICIDAS	50	3	6,00
LAVARSE BIEN LAS PARTES INTIMAS DESPUES DE ATENDER UN CLIENTE	50	6	12,00
NINGUNA	50	1	2,00
Válidas N (listwise)	50		

Al indagar sobre las creencias frente a la manera de prevenir la infección por VIH, se encontró, en primer lugar, que el 94% de las mujeres trabajadoras sexuales piensa que ello se logra utilizando el condón de manera correcta y consistente. En segundo lugar, el 24% de las mujeres considera que para prevenir la infección deben bañarse todos los días. En tercer lugar, se observó que el 12% de ellas cree igualmente que al lavarse bien los genitales después de atender un cliente se puede prevenir la infección por alguna ITS. El 6% de las participantes considera que tomando pastillas o colocándose óvulos con espermicidas las protegen contra el contagio de ITS. Por último, y con sólo 2%, las mujeres creen que colocándose inyectables, se puede prevenir la infección por alguna ITS.

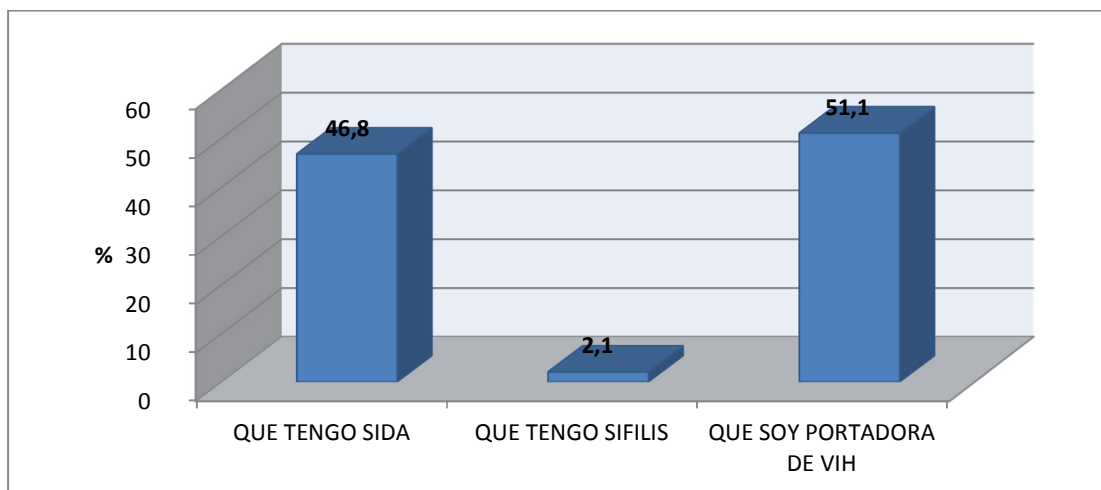
**Gráfico N°15.1: ¿CONOCE LA PRUEBA DE ELISA?**



**Tabla N°19.1: ¿CONOCE LA PRUEBA DE ELISA?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos NO	3	6,0	6,0
SI	47	94,0	100,0
Total	50	100,0	

**Gráfico N°15.2 ¿QUE SIGNIFICA UN RESULTADO POSITIVO O REACTIVO DE LA PRUEBA DE ELISA?**



**Tabla N°19.2 ¿QUE SIGNIFICA UN RESULTADO POSITIVO O REACTIVO DE LA PRUEBA DE ELISA?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	QUE TENGO SIDA	22	44,0	46,8
	QUE TENGO SIFILIS	1	2,0	48,9
	QUE SOY PORTADORA DE VIH	24	48,0	100,0
	Total	47	94,0	
Perdidos	Sistema	3	6,0	
Total		50	100,0	

Cuando se les preguntó a las participantes si conocían la prueba de Elisa, 20% de las mujeres refirió no conocer dicha prueba; mientras que el 94% contestó que efectivamente conocían dicho análisis, sin embargo, al indagar sobre el significado del resultado únicamente el 51% de éste grupo contestó que un resultado positivo de dicha prueba significaría ser portador del VIH, cerca del 47% contestó que significaría tener SIDA y 2% contestó que significaría sífilis.

### 3. Nivel de actitudes sexuales

**Tabla N°20: ESCALAS POR PUNTAJES: ACTITUDES FRENTE AL CONTAGIO DE ITS**

	PUNTAJE TOTAL CONOCIMIENTOS	PUNTAJE TOTAL ACTITUDES
N Válidos	20	20
Perdidos	0	0
Media	32,0000	26,5000
Desv. típ.	7,29816	7,04497
Mínimo	21,00	14,00
Máximo	45,00	41,00

#### **CLASIFICACION DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS SEGÚN ESTANINOS. PUNTOS DE CORTE:**

$$A = \text{MEDIA} - 0.75 \times \text{DESV.EST}$$

$$B = \text{MEDIA} + 0.75 \times \text{DESV.EST}$$

#### **ACTITUDES:**

$$A = 26.5 - 0.75 \times 7.0$$

$$A = 22$$

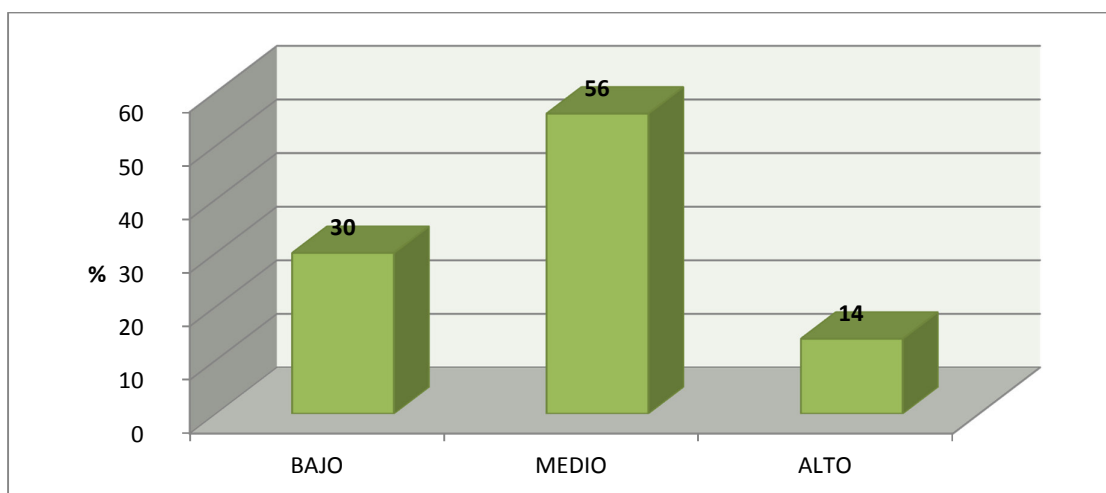
$$B = 26.5 + 0.75 \times 7.0$$

$$B = 32$$

-----  
 ESCALAS    CLASIFICACION  
 -----

< 22            BAJO  
 23 A 32       MEDIO  
 > 32           ALTO  
 -----

**Gráfico N°16: ACTITUDES FRENTE AL CONTAGIO DE ITS**



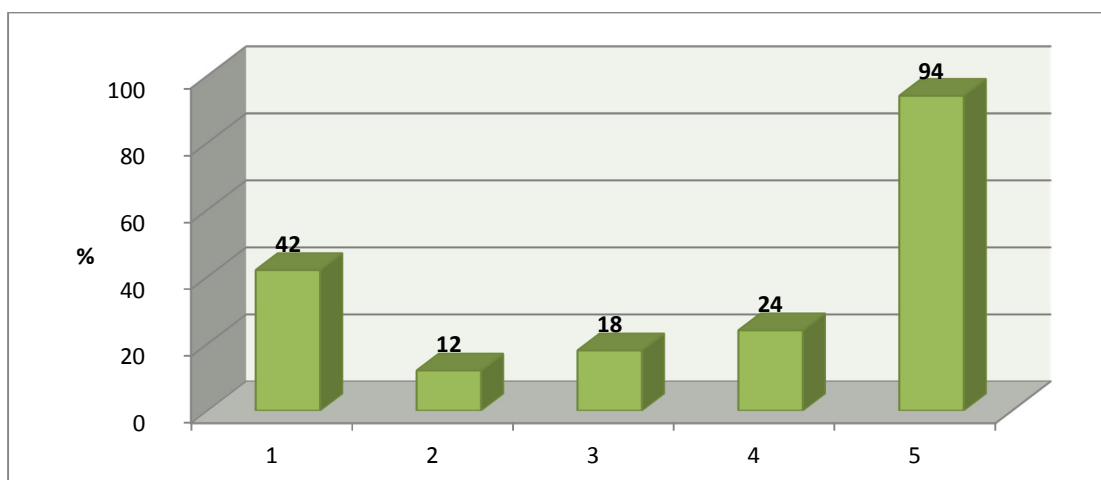
**Tabla N°21: ACTITUDES FRENTE AL CONTAGIO DE ITS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	BAJO	15	30,0	30,0
	MEDIO	28	56,0	86,0
	ALTO	7	14,0	100,0
	Total	50	100,0	

Para el análisis de actitudes frente al contagio de ITS se otorgaron también puntajes por pregunta, y tomando el mismo piloto de 20 Cuestionarios, se establecieron escalas de calificación por intervalos de puntaje. Del piloto, el puntaje máximo obtenido fue de 41 puntos y el mínimo de 14 puntos; mediante la clasificación de puntajes según Estaninos se obtuvieron los puntos de corte que delimitarían nuestras escalas en: Bajo, medio y alto. De esta manera se obtuvo que, el 56% de las participantes obtuvieron un puntaje medio en actitudes, el 30% fue bajo y el 14% restante, alto.



**Gráfico N°17: ACTITUDES PARA PREVENIR ALGUNA ITS**



N°	Leyenda
1	Revisar los genitales de los clientes antes de atenderlos
2	Lavar los genitales del cliente antes de atenderlo
3	Limpiar los genitales del cliente con una sustancia desinfectante
4	Lavado vaginal al terminar la relación sexual
5	Usar preservativo

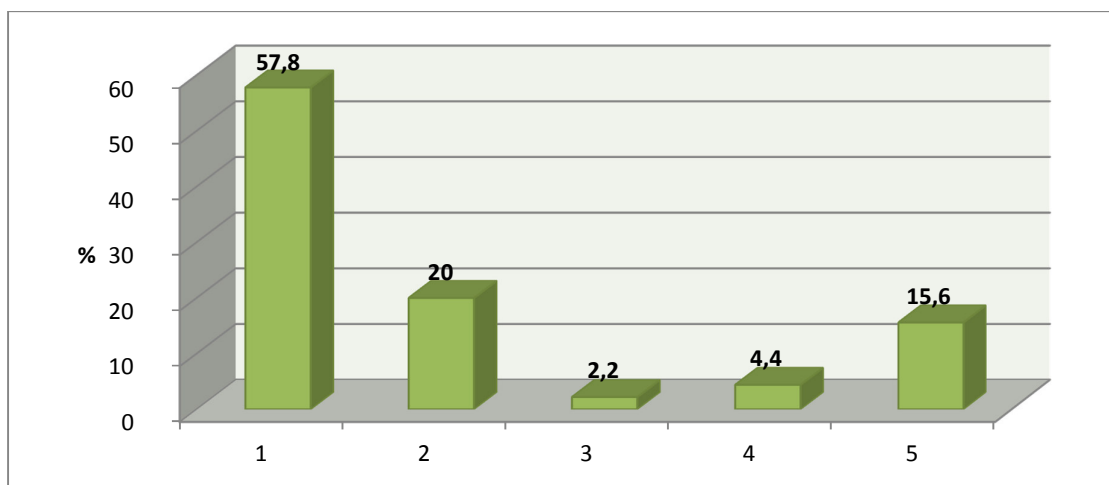
**Tabla N°22: ACTITUDES PARA PREVENIR ALGUNA ITS**

	N	Sumatoria	Porcentaje
REVISAR LOS GENITALES DE LOS CLIENTES ANTES DE ATENDERLOS	50	21	42,00
LAVAR LOS GENITALES DEL CLIENTE ANTES DE ATENDERLO	50	6	12,00
LIMPIAR LOS GENITALES DEL CLIENTE CON UNA SUSTANCIA DESINFECTANTE	50	9	18,00
LAVADO VAGINAL AL TERMINAR LA RELACION SEXUAL	50	12	24,00
USAR PRESERVATIVO	50	47	94,00
Válidos N (listwise)	50		

Al indagar sobre las actitudes tomadas para prevenir alguna ITS, se encontró, en primer lugar, que el 94% de las mujeres trabajadoras sexuales usó el preservativo. En segundo lugar, el 42% de las mujeres hizo una revisión de los genitales de los clientes antes de atenderlos. En tercer lugar, se observó que el 24% de ellas se realizó un lavado vaginal

al terminar la relación sexual. El 18% de las participantes limpió los genitales de sus clientes con alguna sustancia desinfectante. Por último, el 12% de las mujeres participantes realizaron un lavado genital de los clientes antes de la atención para intentar prevenir la infección por alguna ITS. En este caso muchas participantes marcaron más de una alternativa a la vez, siendo la combinación más común la revisión de los genitales del cliente junto con el uso del preservativo.

**Gráfico N°18: ACTITUDES PARA TRATAR UNA ITS**



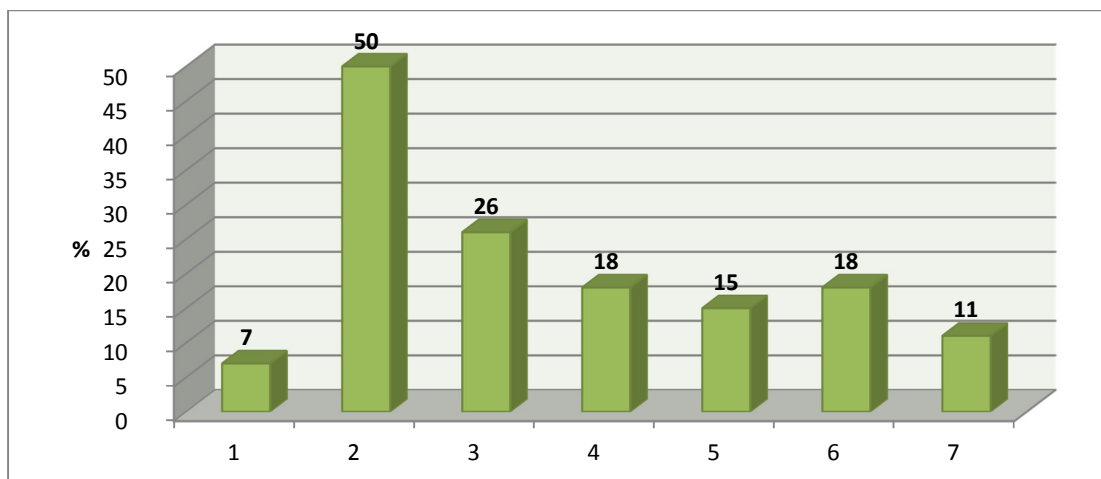
Nº	Leyenda
1	Consultó un hospital o centro de salud
2	Consultó a una farmacia
3	Consultó a un médico particular
4	Tomo medicinas que tenía en casa
5	Se aplicó un remedio casero

**Tabla N°23: ACTITUDES PARA TRATAR UNA ITS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
Válidos	CONSULTO UN HOSPITAL O CENTRO DE SALUD	26	52,0	57,8
	CONSULTO A UNA FARMACIA	9	18,0	77,8
	CONSULTO A UN MEDICO PARTICULAR	1	2,0	80,0
	TOMO MEDICINAS QUE TENIA EN CASA	2	4,0	84,4
	SE APLICO UN REMEDIO CASERO	7	14,0	100,0
	Total	45	90,0	
Perdidos	Sistema	5	10,0	
Total		50	100,0	

De las mujeres que refirieron haber presentado algún tipo de sintomatología en el área genital (flujo, irritación, úlcera), todas mencionaron haber hecho algo para dar solución a estos problemas de salud. Es importante anotar que menos del 40% de las mujeres no buscó ayuda del profesional competente, por el contrario, realizó otras acciones, como aplicarse remedios caseros o consultar a una farmacia, entre otras. Lo cual quiere decir que más del 60% de las mujeres tuvo el diagnóstico de la infección y, por lo tanto, recibió el tratamiento pertinente; ya que como primera acción decidieron consultar un hospital o un centro de salud (la gran mayoría refirió haber al lugar del estudio).

**Gráfico N°19: TIPO DE SERVICIO QUE PROPORCIONA A SUS CLIENTES**



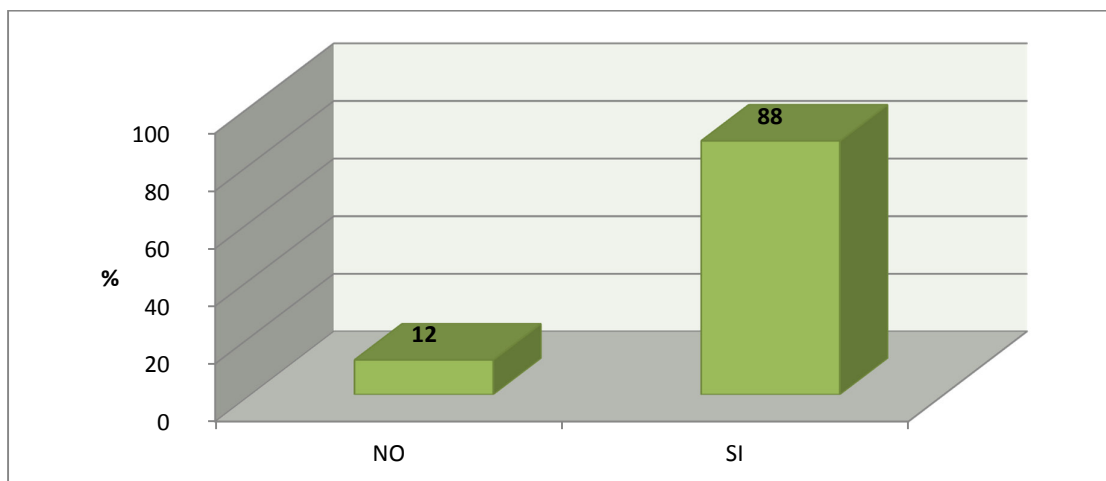
N°	Leyenda
1	Sexo anal
2	Sexo vaginal
3	Sexo oral
4	Masturbación (propia o al cliente)
5	Bailar/striptease
6	Charlas/Conversar
7	Masajes

**Tabla N°24: TIPO DE SERVICIO QUE PROPORCIONA A SUS CLIENTES**

	N	Sumatoria	Porcentaje
SEXO ANAL	50	7	14,00
SEXO VAGINAL	50	50	100,00
SEXO ORAL	50	26	52,00
MASTURBACION (PROPIA O AL CLIENTE)	50	18	36,00
BAILAR/STRIPTease	50	15	30,00
CHARLAS/CONVERSAR	50	18	36,00
MASAJES	50	11	22,00
Válidos N (listwise)	50		

Entre las entrevistadas, el sexo vaginal es el principal servicio que las mujeres trabajadoras sexuales brindan a sus clientes; en segundo lugar se encuentra el sexo oral, y en tercer puesto la masturbación (propia o al cliente) y charlas/conversar. Los otros servicios tienen proporciones menores al 30%. Cabe destacar que el sexo anal ocupa el último lugar en tipo de servicio proporcionado (14%).

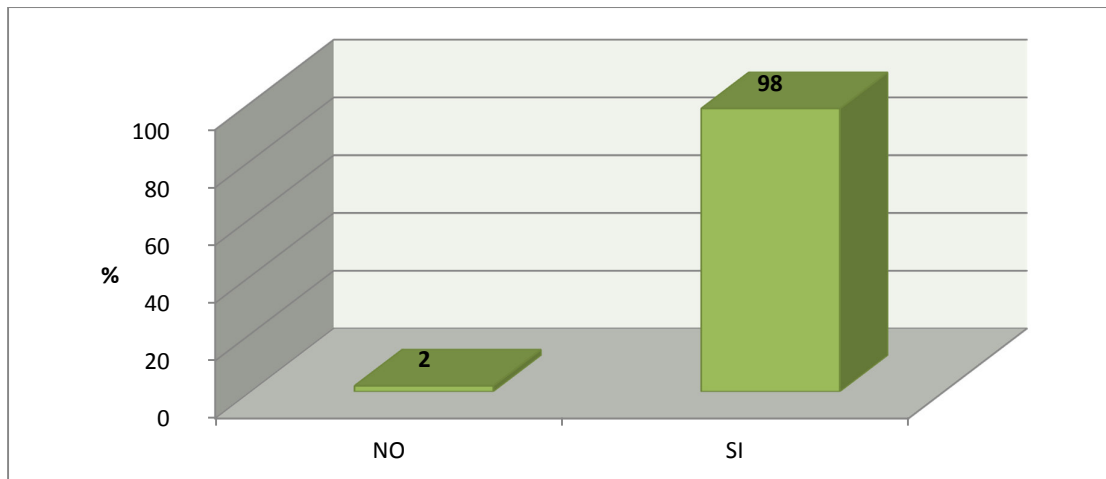
**Gráfico N°20.1: ¿TENÍA UN PRESERVATIVO A LA MANO CUANDO ATENDIÓ A SU ÚLTIMO CLIENTE?**



**Tabla N°25.1: ¿TENÍA UN PRESERVATIVO A LA MANO CUANDO ATENDIÓ A SU ÚLTIMO CLIENTE?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	6	12,0	12,0
	SI	44	88,0	100,0
	Total	50	100,0	

**Gráfico N°20.2: ¿USO EL PRESERVATIVO?**

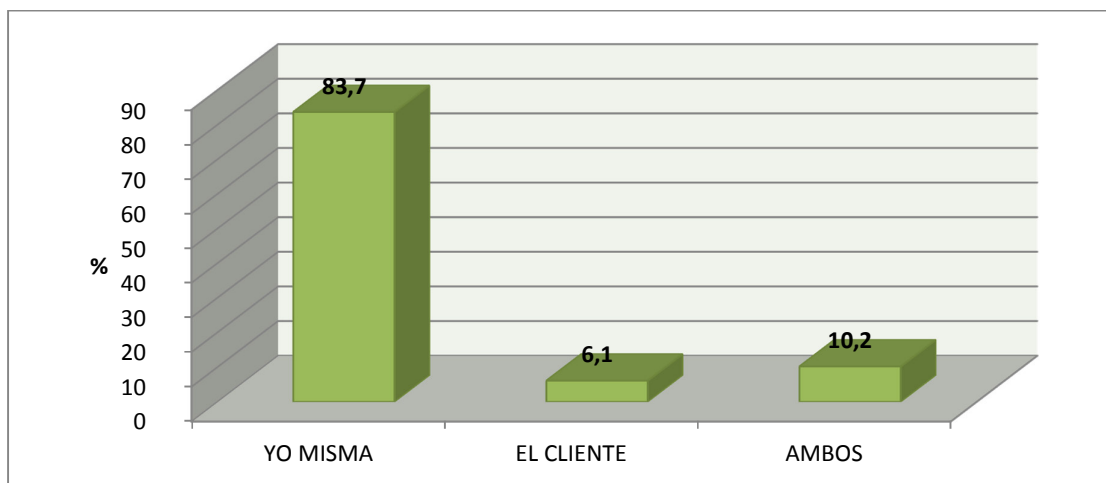


**Tabla N°25.2: ¿USO EL PRESERVATIVO?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos NO	1	2,0	2,0
SI	49	98,0	100,0
Total	50	100,0	

El 88% de las mujeres participantes expresó tener un condón a la mano en el último servicio. Al indagar sobre el uso del condón con el último cliente se observó que el 98% de las mujeres utilizó el condón, por otro lado el 2% refirió no usar el preservativo.

**Gráfico N°23: QUIEN SUGIERE EL USO DEL PRESERVATIVO**

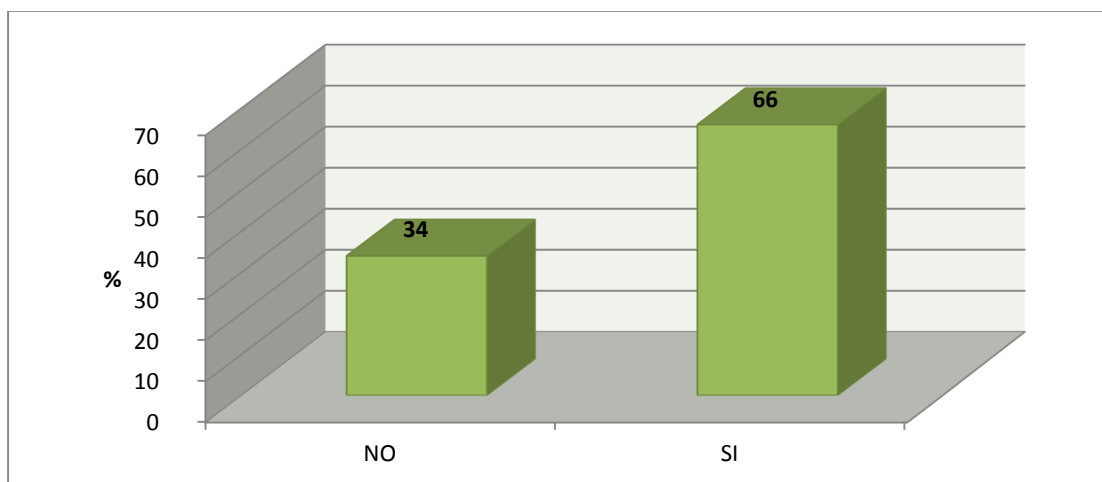


**Tabla N°26: QUIEN SUGIERE EL USO DEL PRESERVATIVO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	YO MISMA	41	82,0	83,7
	EL CLIENTE	3	6,0	89,8
	AMBOS	5	10,0	100,0
	Total	49	98,0	
Perdidos	Sistema	1	2,0	
Total		50	100,0	

La mujer trabajadora sexual fue la persona que sugirió en más del 83% de los casos el uso del condón. En segundo lugar se encuentra que lo sugirieron tanto la trabajadora sexual como el cliente, y en casi el 6% de las situaciones lo hizo el cliente.

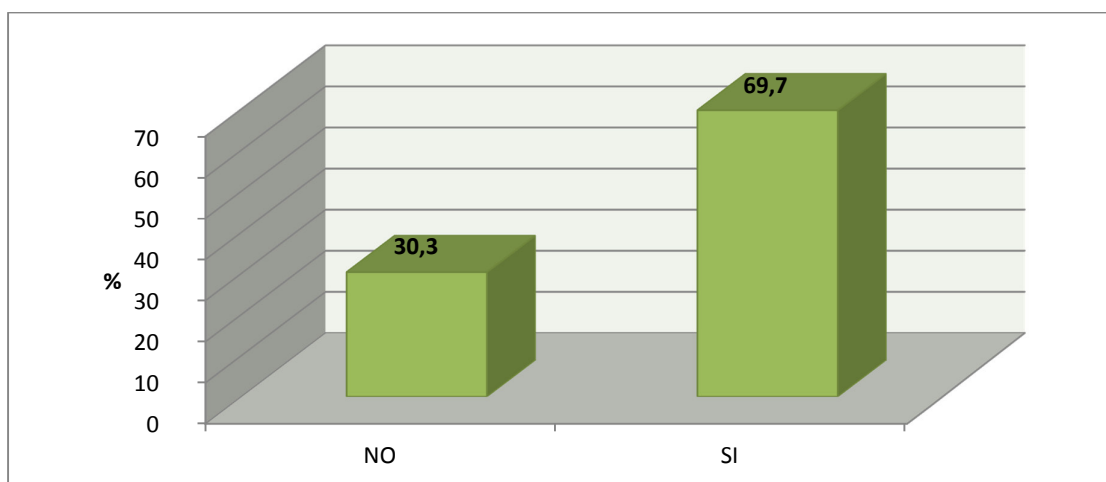
**Gráfico N°24.1: TENENCIA DE CARNÉ DE SANIDAD**



**Tabla N°27.1: TENENCIA DE CARNÉ DE SANIDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	17	34,0	34,0
	SI	33	66,0	100,0
	Total	50	100,0	

**Gráfico N°24.2: ¿ESTA ACTUALIZADO?**



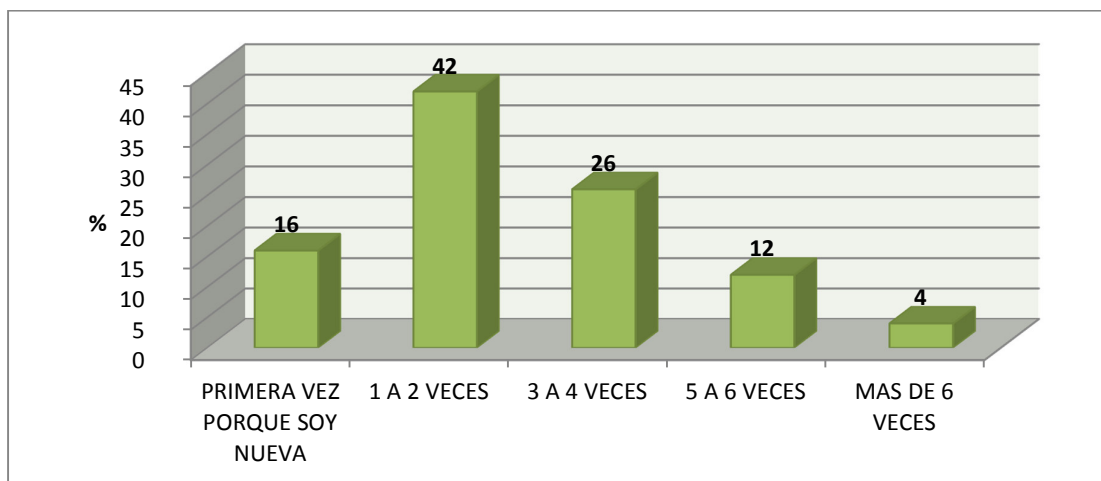
**Tabla N°27.2: ¿ESTA ACTUALIZADO?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	10	20,0	30,3
	SI	23	46,0	100,0
	Total	33	66,0	
Perdidos	Sistema	17	34,0	
Total		50	100,0	

El 66% de las mujeres participantes refirió poseer carné de sanidad. Al indagar sobre el estado del carné se observó que poco más del 69% de las mujeres lo tiene actualizado, por otro lado el 30,3% refirió no poseer dicho documento actualizado.



**Gráfico N°25: ¿CUANTAS VECES HA RECIBIDO ATENCION EN UN CENTRO QUE BRINDA ATENCION PERIODICA? (ULT 6M)**

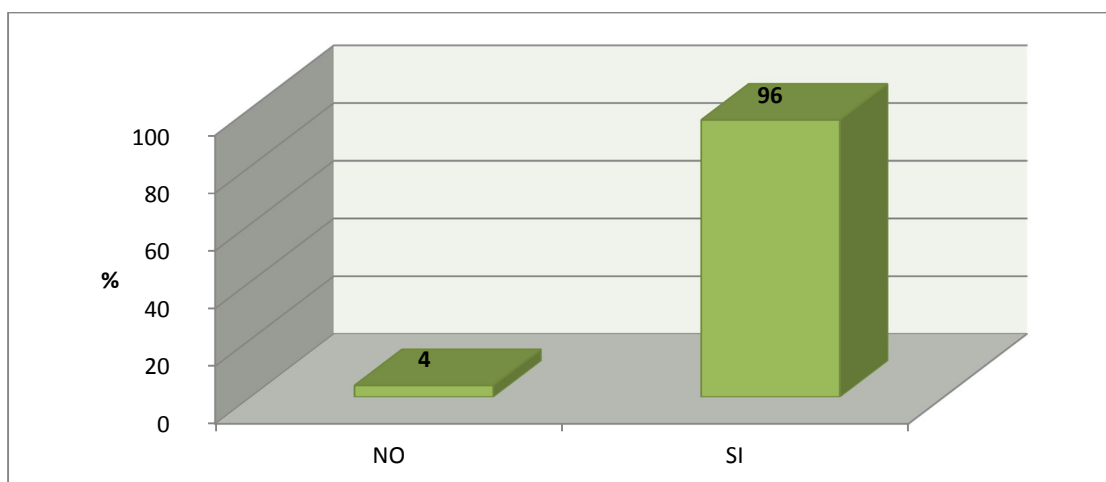


**Tabla N°28: ¿CUANTAS VECES HA RECIBIDO ATENCION EN UN CENTRO QUE BRINDA ATENCION PERIODICA? (ULT 6M)**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos PRIMERA VEZ PORQUE SOY NUEVA	8	16,0	16,0
1 A 2 VECES	21	42,0	58,0
3 A 4 VECES	13	26,0	84,0
5 A 6 VECES	6	12,0	96,0
MAS DE 6 VECES	2	4,0	100,0
Total	50	100,0	

El 16% de las entrevistadas refieren que es la primera vez que acude a una atención de ese tipo. Del resto de las participantes, consideradas continuadoras, el 12% refirió haber recibido atención médica entre 5 y 6 veces en los últimos 6 meses, y un 4% más de 6 veces.

**Gráfico N°26: ANTECEDENTE DE TOMA DE PRUBA DE ELISA**

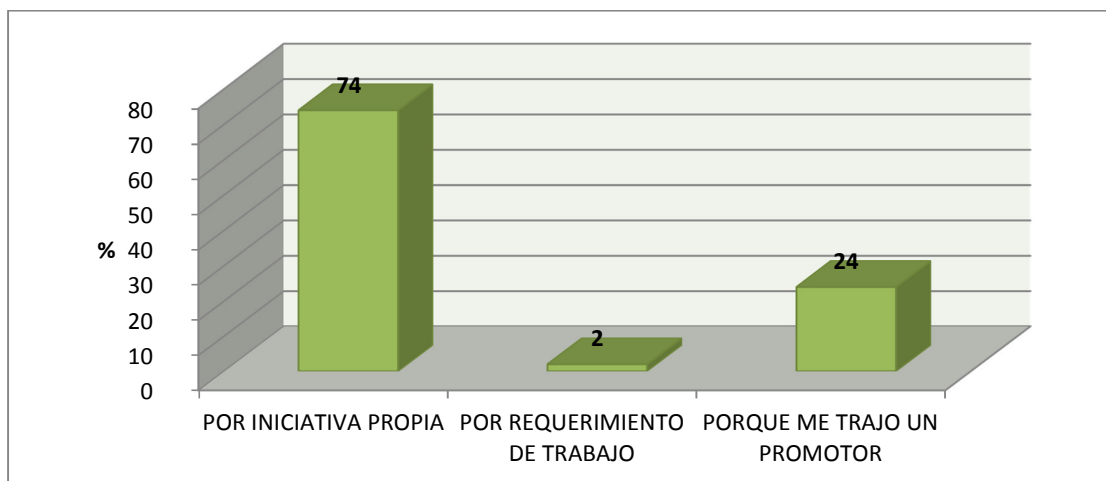


**Tabla N°29: ANTECEDENTE DE TOMA DE PRUBA DE ELISA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos NO	2	4,0	4,0
SI	48	96,0	100,0
Total	50	100,0	

La mayoría de las mujeres trabajadoras sexuales se ha hecho la prueba para detectar el VIH alguna vez en la vida (96%).

**Gráfico N°27: MOTIVOS POR LOS QUE ACUDE A LA ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA**



**Tabla N°30: MOTIVOS POR LOS QUE ACUDE A LA ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	POR INICIATIVA PROPIA	37	74,0	74,0
	POR REQUERIMIENTO DE TRABAJO	1	2,0	76,0
	PORQUE ME TRAJO UN PROMOTOR	12	24,0	100,0
	Total	50	100,0	

El motivo principal por el cual las mujeres se han acudido a su atención médica periódica fue por iniciativa propia (74%). La segunda razón para acudir a sus controles, fue porque las promotoras de salud las llevaron (24%).

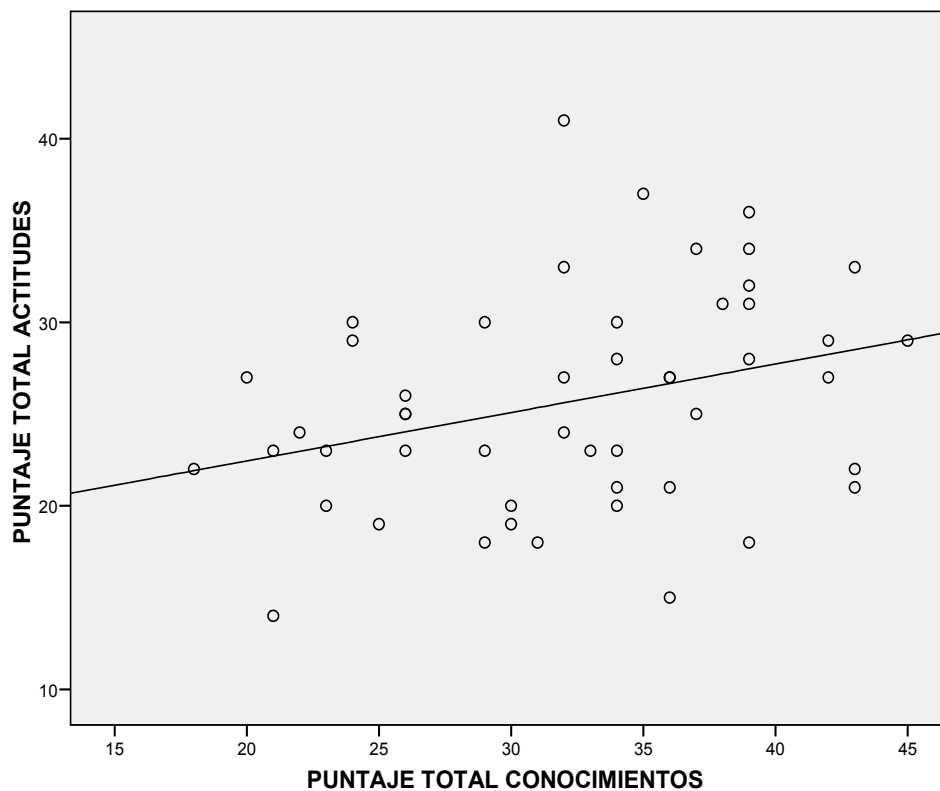
## V.RESULTADOS - ANALÍTICO

**Tabla N°31: NIVEL DE CONOCIMIENTOS VS. NIVEL DE ACTITUDES  
SEXUALES**

Correlaciones			
		PUNTAJE TOTAL CONOCIMIENTOS	PUNTAJE TOTAL ACTITUDES
PUNTAJE TOTAL CONOCIMIENTOS	Correlación de Pearson	1	,316*
	Sig. (bilateral)		,025
	N	50	50
PUNTAJE TOTAL ACTITUDES	Correlación de Pearson	,316*	1
	Sig. (bilateral)	,025	
	N	50	50

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**Gráfico N°28: NIVEL DE CONOCIMIENTOS VS. NIVEL DE ACTITUDES  
SEXUALES**



El coeficiente de correlación de Pearson ( $r=0.316$ ), evidencia una correlación estadísticamente significativa ( $p=0.025$ ). El signo positivo del coeficiente indica una

correlación directa, es decir, en la medida que se incrementa el nivel de conocimientos, mejoran las actitudes de las trabajadoras sexuales.

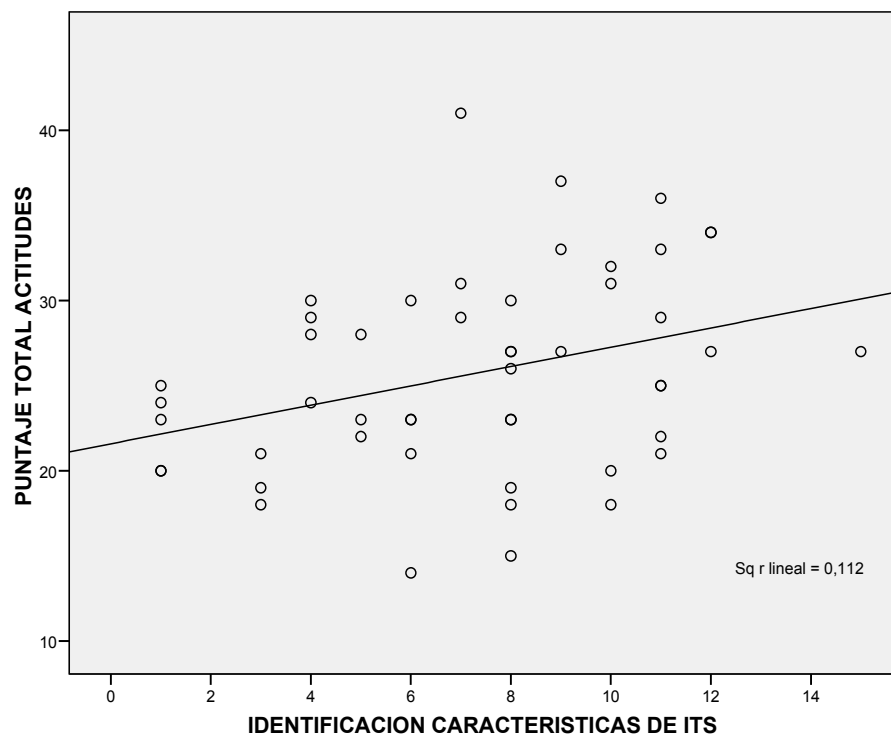
**Tabla N°32: CONOCIMIENTOS SOBRE CARACTERÍSTICAS DE ITS VS. NIVEL DE ACTITUDES SEXUALES**

**Correlaciones**

		PUNTAJE TOTAL ACTITUDES	IDENTIFICACION CARACTERISTICAS DE ITS
PUNTAJE TOTAL ACTITUDES	Correlación de Pearson	1	,335*
	Sig. (bilateral)		,017
	N	50	50
IDENTIFICACION CARACTERISTICAS DE ITS	Correlación de Pearson	,335*	1
	Sig. (bilateral)	,017	
	N	50	50

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**Gráfico N°29: CONOCIMIENTOS SOBRE CARACTERÍSTICAS DE ITS VS. NIVEL DE ACTITUDES SEXUALES**



El coeficiente de correlación de Pearson ( $r=0.335$ ), evidencia una correlación estadísticamente significativa ( $p=0.017$ ). El signo positivo del coeficiente indica una correlación directa, es decir, en la medida que se incrementa el nivel de conocimientos sobre identificación de las características de ITS, mejoran las actitudes de las trabajadoras sexuales.

**Tabla N°33: CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO DEL CONTAGIO DE ITS VS. NIVEL DE ACTITUDES SEXUALES**

Correlaciones		PUNTAJE TOTAL ACTITUDES	CONOCIMIENTOS FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO
PUNTAJE TOTAL ACTITUDES	Correlación de Pearson	1	,060
	Sig. (bilateral)		,677
	N	50	50
CONOCIMIENTOS FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO	Correlación de Pearson	,060	1
	Sig. (bilateral)	,677	
	N	50	50

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r=0.060$ ), no evidencia una correlación estadísticamente significativa ( $p=0.677$ ), es decir, aunque se conozcan factores protectores y de riesgo para el contagio de ITS, esto no mejora las actitudes de las trabajadoras sexuales.

**Tabla N°34: CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN Y FORMAS DE  
CONTAGIO DE ITS VS. NIVEL DE ACTITUDES SEXUALES**

<b>Correlaciones</b>		<b>PUNTAJE TOTAL ACTITUDES</b>	<b>PREVENCION Y CONTAGIO</b>
PUNTAJE TOTAL ACTITUDES	Correlación de Pearson	1	,152
	Sig. (bilateral)		,293
	N	50	50
PREVENCION Y CONTAGIO	Correlación de Pearson	,152	1
	Sig. (bilateral)	,293	
	N	50	50

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r=0.152$ ), no evidencia una correlación estadísticamente significativa ( $p=0.293$ ), es decir, aunque se conozcan las medidas de prevención y formas de contagio de ITS, esto no mejora las actitudes de las trabajadoras sexuales.

**Tabla N°35: CONOCIMIENTOS SOBRE ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA  
VS. NIVEL DE ACTITUDES SEXUALES**

<b>Correlaciones</b>		<b>PUNTAJE TOTAL ACTITUDES</b>	<b>ATENCION PERIODICA</b>
PUNTAJE TOTAL ACTITUDES	Correlación de Pearson	1	,232
	Sig. (bilateral)		,105
	N	50	50
ATENCION PERIODICA	Correlación de Pearson	,232	1
	Sig. (bilateral)	,105	
	N	50	50

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r=0.232$ ), no evidencia una correlación estadísticamente significativa ( $p=0.105$ ), es decir, aunque la importancia de la atención médica periódica y la información brindada en dicha atención, esto no mejora las actitudes de las trabajadoras sexuales.

**Tabla N°36: GRADO DE INSTRUCCIÓN VS. NIVEL DE ACTITUDES  
SEXUALES**

**Correlaciones**

		GRADO DE INSTRUCCION	PUNTAJE TOTAL ACTITUDES
GRADO DE INSTRUCCION	Correlación de Pearson	1	,021
	Sig. (bilateral)		,883
	N	50	50
PUNTAJE TOTAL ACTITUDES	Correlación de Pearson	,021	1
	Sig. (bilateral)	,883	
	N	50	50

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r=0.021$ ), no evidencia una correlación estadísticamente significativa ( $p=0.883$ ). Es decir, el hecho que tengan un mayor grado de instrucción no mejora las actitudes sexuales.

**Tabla N°37: EJERCICIO DE OTRO TRABAJO VS. NIVEL DE ACTITUDES  
SEXUALES**

**Correlaciones**

		PUNTAJE TOTAL ACTITUDES	GANA DINERO HACIENDO OTRO TRABAJO
PUNTAJE TOTAL ACTITUDES	Correlación de Pearson	1	-,113
	Sig. (bilateral)		,435
	N	50	50
GANA DINERO HACIENDO OTRO TRABAJO	Correlación de Pearson	-,113	1
	Sig. (bilateral)	,435	
	N	50	50

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r=-0.113$ ), no evidencia una correlación estadísticamente significativa ( $p=0.435$ ). Es decir, el hecho que ejerzan otro trabajo aparte del trabajo sexual no mejora las actitudes sexuales.



**Tabla N°38: ANTECEDENTE DE ALGUNA ITS VS. NIVEL DE ACTITUDES SEXUALES**

**Correlaciones**

		PUNTAJE TOTAL ACTITUDES	ANTECEDEN TES DE ITS
PUNTAJE TOTAL ACTITUDES	Correlación de Pearson	1	,004
	Sig. (bilateral)		,976
	N	50	50
ANTECEDENTES DE ITS	Correlación de Pearson	,004	1
	Sig. (bilateral)	,976	
	N	50	50

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r=0.004$ ), no evidencia una correlación estadísticamente significativa ( $p=0.976$ ). Es decir, el hecho que alguna de las trabajadoras sexuales haya padecido alguna vez una ITS no mejora las actitudes sexuales.

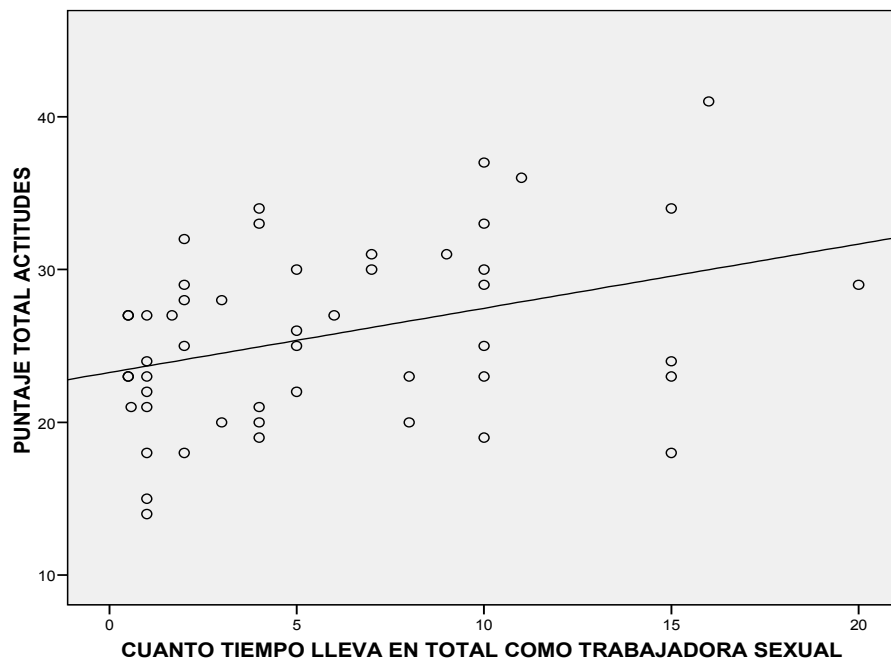
**Tabla N°39: TIEMPO DE TRABAJO SEXUAL VS. NIVEL DE ACTITUDES SEXUALES**

**Correlaciones**

		CUANTO TIEMPO LLEVA EN TOTAL COMO TRABAJADOR A SEXUAL	PUNTAJE TOTAL ACTITUDES
CUANTO TIEMPO LLEVA EN TOTAL COMO TRABAJADORA SEXUAL	Correlación de Pearson	1	,365**
	Sig. (bilateral)		,009
	N	50	50
PUNTAJE TOTAL ACTITUDES	Correlación de Pearson	,365**	1
	Sig. (bilateral)	,009	
	N	50	50

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

**Gráfico N°30: TIEMPO DE TRABAJO SEXUAL VS. NIVEL DE ACTITUDES SEXUALES**



El coeficiente de correlación de Pearson ( $r=0.365$ ), evidencia una correlación estadísticamente significativa ( $p=0.009$ ). El signo positivo del coeficiente indica una correlación directa, es decir, a mayor tiempo de servicio como trabajadora sexual, mejores actitudes.

**Tabla N°40: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

		CONOCIMIENTOS			Total
		BAJO	MEDIO	ALTO	
GRADO DE INSTRUCCION	PRIMARIA	6 40,0%	8 53,3%	1 6,7%	15 100,0%
	SECUNDARIA	8 25,0%	16 50,0%	8 25,0%	32 100,0%
	TECNICO/SUPERIOR	0 0,0%	0 0,0%	3 100,0%	3 100,0%
Total		14 28,0%	24 48,0%	12 24,0%	50 100,0%

En la presente tabla observamos el 100% de las trabajadoras sexuales, con grado de instrucción Técnico/superior, tienen un nivel de conocimientos alto, mientras que en las trabajadoras con grado de instrucción primaria y secundaria, este porcentaje fue del 6.7% y 25.0%. Las diferencias encontradas resultaron estadísticamente significativas. (p=0.011)

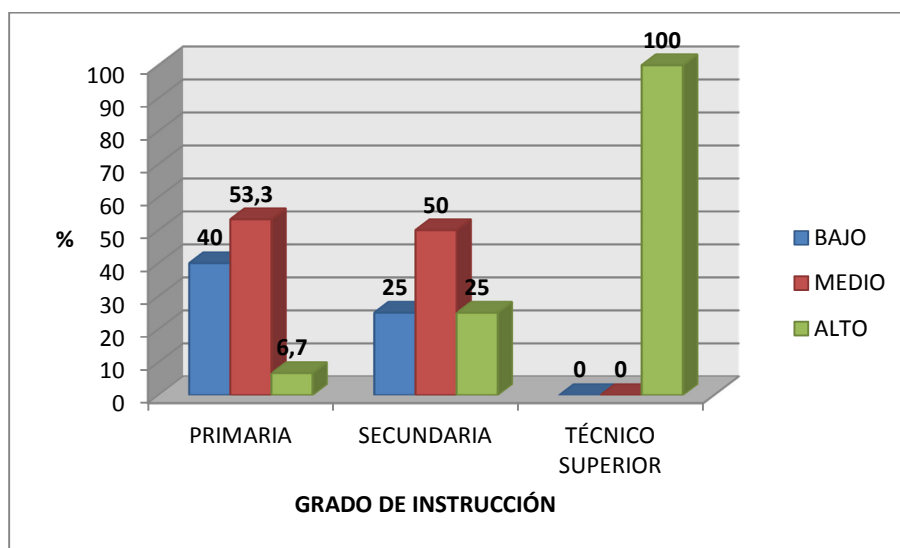
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,381 <sup>a</sup>	4	,015	,011
Razón de verosimilitudes	12,113	4	,017	,023
Estadístico exacto de Fisher	9,040			,032
Asociación lineal por lineal	7,070 <sup>b</sup>	1	,008	,007
N de casos válidos	50			

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,72.

b. El estadístico tipificado es 2,659.

**Gráfico N°31: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**



**Tabla N°41:USO DEL PRESERVATIVO COMO MEDIO DE PREVENCION DE ITS SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS**

		USAR PRESERVATIVO		Total
		NO	SI	
CONOCIMIENTOS	BAJO	1	13	14
		7,1%	92,9%	100,0%
	MEDIO	1	23	24
		4,2%	95,8%	100,0%
	ALTO	0	12	12
		,0%	100,0%	100,0%
	Total	2	48	50
		4,0%	96,0%	100,0%

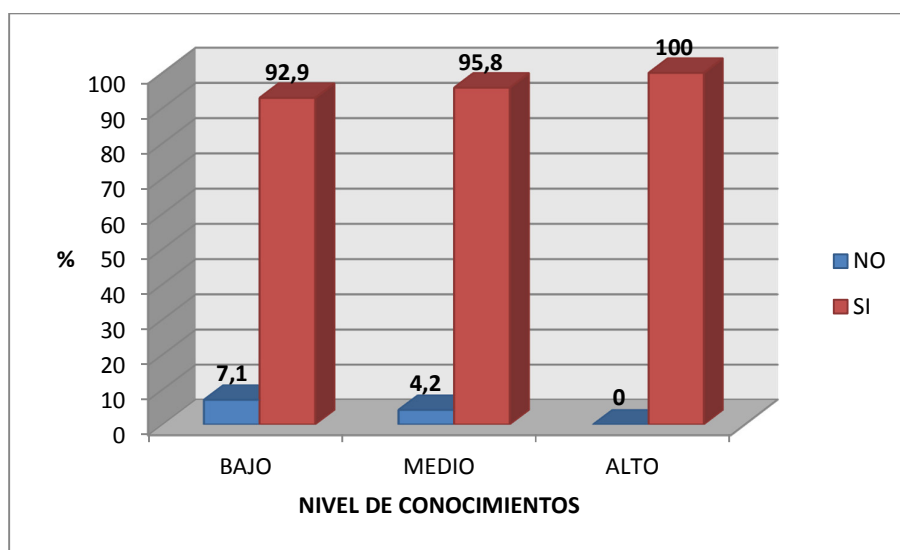
En la presente tabla observamos que el 100% de las trabajadoras sexuales, con nivel de conocimientos altos, utilizó preservativos, durante el último mes calendario, para protegerse de ITS, este porcentaje es del 95.8% y 92.9% en las trabajadoras sexuales con nivel de conocimientos bajo y medio respectivamente. Las diferencias encontradas no resultaron estadísticamente significativas ( $p=0.650$ )

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,862 <sup>a</sup>	2	,650
Razón de verosimilitudes	1,276	2	,528
Asociación lineal por lineal	,833	1	,361
N de casos válidos	50		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es ,48.

**Gráfico N°32: USO DEL PRESERVATIVO COMO MEDIO DE PREVENCIÓN  
DE ITS SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS**



**Tabla N°42: ACTITUD QUE ADOPTÓ LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO ALGUNA MOLESTIA SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS**

		CONOCIMIENTOS			Total
		BAJO	MEDIO	ALTO	
LA ULTIMA VEZ QUE TUVO ALGUNA MOLESTIA ¿QUE HIZO?	CONSULTO UN HOSPITAL O CENTRO DE SALUD	7 53,8%	11 47,8%	8 88,9%	26 57,8%
	CONSULTO A UNA FARMACIA	3 23,1%	5 21,7%	1 11,1%	9 20,0%
	CONSULTO A UN MEDICO PARTICULAR	0 ,0%	1 4,3%	0 ,0%	1 2,2%
	TOMO MEDICINAS QUE TENIA EN CASA	1 7,7%	1 4,3%	0 ,0%	2 4,4%
	SE APLICO UN REMEDIO CASERO	2 15,4%	5 21,7%	0 ,0%	7 15,6%
	Total	13 100,0%	23 100,0%	9 100,0%	45 100,0%

En la presente tabla observamos que el 88.9% de las trabajadoras sexuales, con nivel de conocimientos altos, consultó un hospital o centro de salud, la última vez que tuvo una ulcera o irritación vaginal, este porcentaje fue del 53.8% y 47.8% en las trabajadoras sexuales con nivel de conocimientos bajo y medio respectivamente. Las diferencias encontradas no resultaron estadísticamente significativas ( $p=0.722$ )

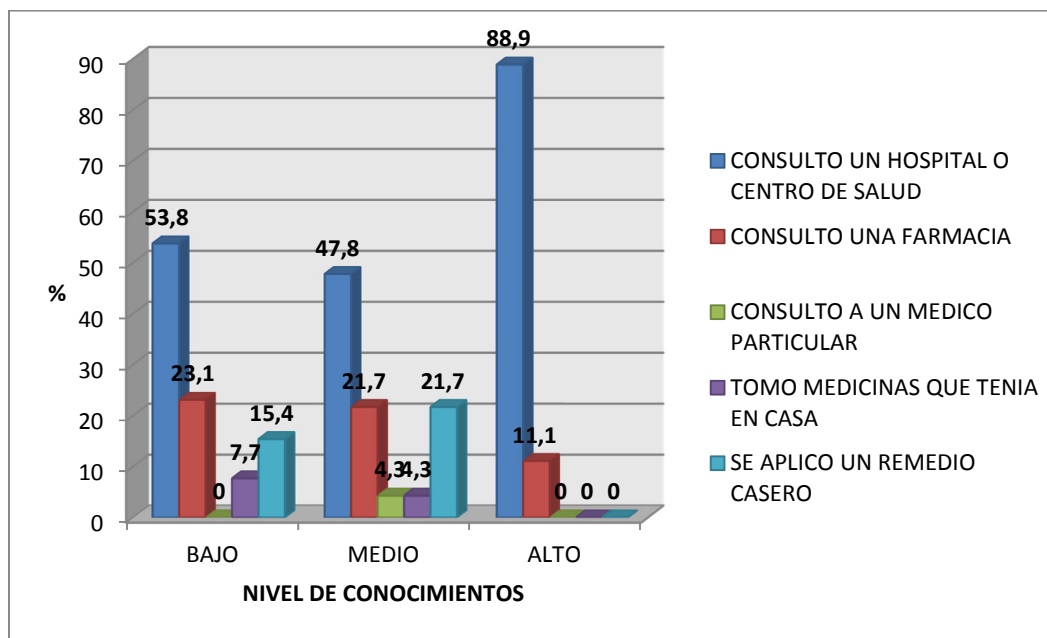
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,020 <sup>a</sup>	8	,645	,722
Razón de verosimilitudes	7,962	8	,437	,576
Estadístico exacto de Fisher	5,958			,724
Asociación lineal por lineal	1,464 <sup>b</sup>	1	,226	,250
N de casos válidos	45			

a. 12 casillas (80,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,20.

b. El estadístico tipificado es -1,210.

**Gráfico N°33: ACTITUD QUE ADOPTÓ LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO  
ALGUNA MOLESTIA SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS**



**Tabla N°43: POSESIÓN DEL PRESERVATIVO CON SU ÚLTIMO CLIENTE  
SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS**

		¿TENIA UN PRESERVATIVO A LA MANO CUANDO ATENDIO A SU ULTIMO CLIENTE?		Total
		NO	SI	
CONOCIMIENTOS	BAJO	3 21,4%	11 78,6%	14 100,0%
	MEDIO	4 16,7%	20 83,3%	24 100,0%
	ALTO	0 0,0%	12 100,0%	12 100,0%
Total		7 14,0%	43 86,0%	50 100,0%

En la presente tabla observamos que el 100% de las trabajadoras sexuales, con nivel de conocimientos altos, tenía un preservativo a la mano cuando atendió a su ultimo cliente, este porcentaje fue del 76.8% y 83.3% en las trabajadoras sexuales con nivel de

conocimientos bajo y medio respectivamente. Las diferencias encontradas no resultaron estadísticamente significativas ( $p=0.320$ )

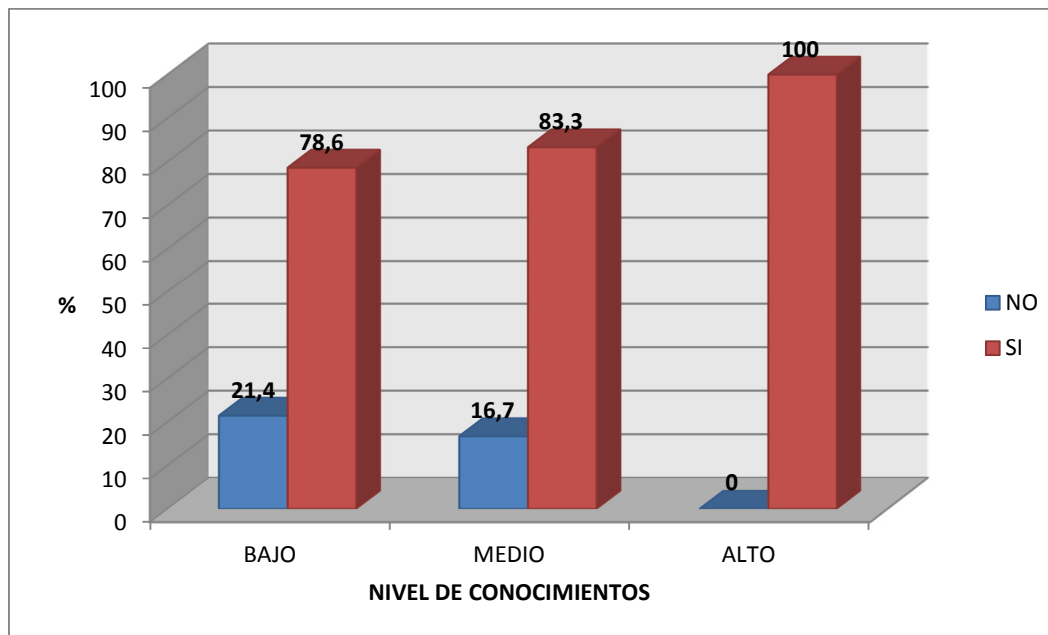
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,737 <sup>a</sup>	2	,255	,320
Razón de verosimilitudes	4,321	2	,115	,248
Estadístico exacto de Fisher	2,671			,320
Asociación lineal por lineal	2,323 <sup>b</sup>	1	,127	,164
N de casos válidos	50			

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,68.

b. El estadístico tipificado es 1,524.

**Gráfico N°34: POSESIÓN DEL PRESERVATIVO CON SU ÚLTIMO CLIENTE  
SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS**





**Tabla N°44: USO DEL PRESERVATIVO CON SU ÚLTIMO CLIENTE SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS**

		LA ULTIMA VEZ QUE ATENDIO A UN CLIENTE ¿USARON PRESERVATIVO?		Total
		NO	SI	
CONOCIMIENTOS	BAJO	0	14	14
		,0%	100,0%	100,0%
	MEDIO	1	23	24
		4,2%	95,8%	100,0%
	ALTO	0	12	12
		,0%	100,0%	100,0%
Total		1	49	50
		2,0%	98,0%	100,0%

En la presente tabla observamos que el 100% de las trabajadoras sexuales, con nivel de conocimientos altos, usó un preservativo cuando atendió a su ultimo cliente, este porcentaje fue del 95.8% y 100% en las trabajadoras sexuales con nivel de conocimientos medio y bajo respectivamente. Las diferencias encontradas no resultaron estadísticamente significativas ( $p=1.00$ )

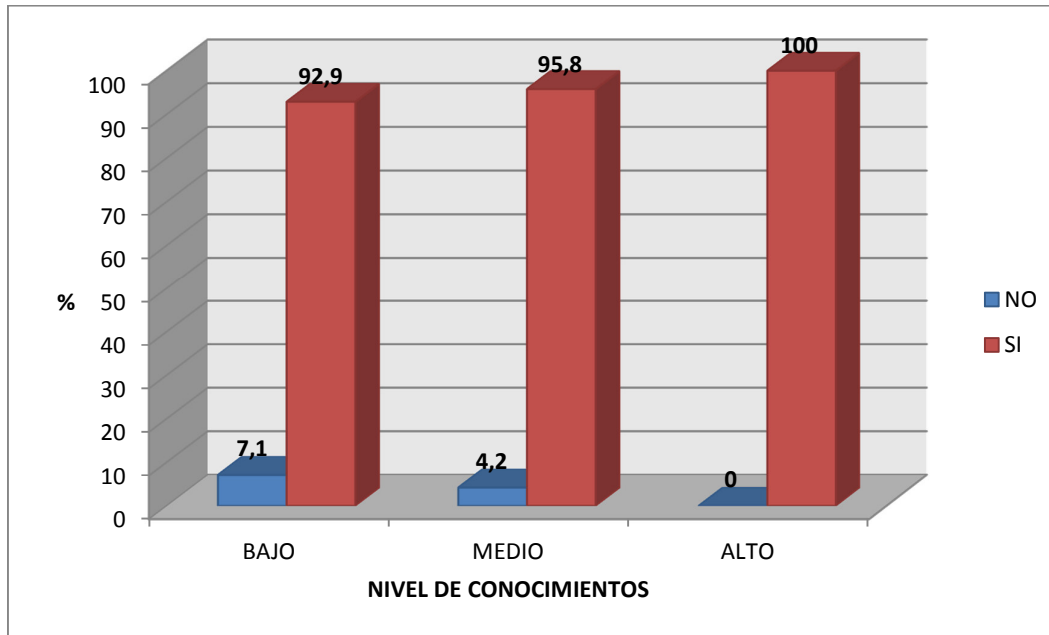
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,105 <sup>a</sup>	2	,575	1,000
Razón de verosimilitudes	1,490	2	,475	1,000
Estadístico exacto de Fisher	1,267			1,000
Asociación lineal por lineal	,003 <sup>b</sup>	1	,956	1,000
N de casos válidos	50			

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

b. El estadístico tipificado es -,056.

**Gráfico N°35: USO DEL PRESERVATIVO CON SU ÚLTIMO CLIENTE  
SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS**



**Tabla N°45: PROPOSICIÓN DEL USO DEL PRESERVATIVO SEGÚN NIVEL  
DE CONOCIMIENTOS**

		¿QUIEN SUGIRIO EL USO DE PRESERVATIVO EN ESA OPORTUNIDAD?			Total
		YO MISMA	EL CLIENTE	AMBOS	
CONOCIMIENTOS	BAJO	9 64,3%	3 21,4%	2 14,3%	14 100,0%
	MEDIO	22 95,7%	0 ,0%	1 4,3%	23 100,0%
	ALTO	10 83,3%	0 ,0%	2 16,7%	12 100,0%
Total		41 83,7%	3 6,1%	5 10,2%	49 100,0%

En la presente tabla observamos que al 21.4% de las trabajadoras sexuales, con nivel de conocimientos bajos, el cliente tuvo que sugerirles el uso de preservativos, mientras que en las trabajadoras sexuales con nivel de conocimientos medio y alto el 95.7% y 83.3% lo sugirieron ellas mismas. Las diferencias encontradas resultaron estadísticamente significativas ( $p=0.040$ )

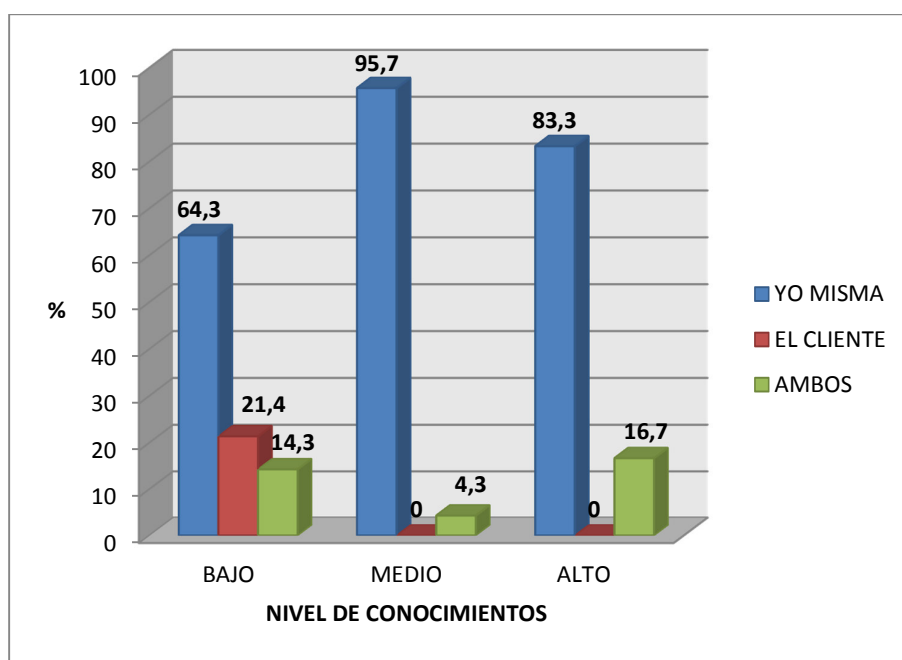
### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,016 <sup>a</sup>	4	,040	,040
Razón de verosimilitudes	10,180	4	,038	,060
Estadístico exacto de Fisher	7,866			,036
Asociación lineal por lineal	,578 <sup>b</sup>	1	,447	,546
N de casos válidos	49			

a. 6 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,73.

b. El estadístico tipificado es -,760.

### Gráfico N°36: PROPOSICIÓN DEL USO DEL PRESERVATIVO SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS



**Tabla N°46: POSESIÓN DEL CARNÉ DE SANIDAD SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS**

		¿CUENTA CON CARNET DE SANIDAD?		Total
		NO	SI	
CONOCIMIENTOS	BAJO	8 57,1%	6 42,9%	14 100,0%
	MEDIO	7 29,2%	17 70,8%	24 100,0%
	ALTO	2 16,7%	10 83,3%	12 100,0%
Total		17 34,0%	33 66,0%	50 100,0%

En la presente tabla observamos que al 83.3% y el 70.8% de las trabajadoras sexuales, con nivel de conocimientos altos y medios respectivamente, poseen carné de sanidad, por otro lado las trabajadoras sexuales con nivel de conocimientos bajo el 57.1% no posee dicho documento. Las diferencias encontradas no resultaron estadísticamente significativas ( $p=0.085$ )

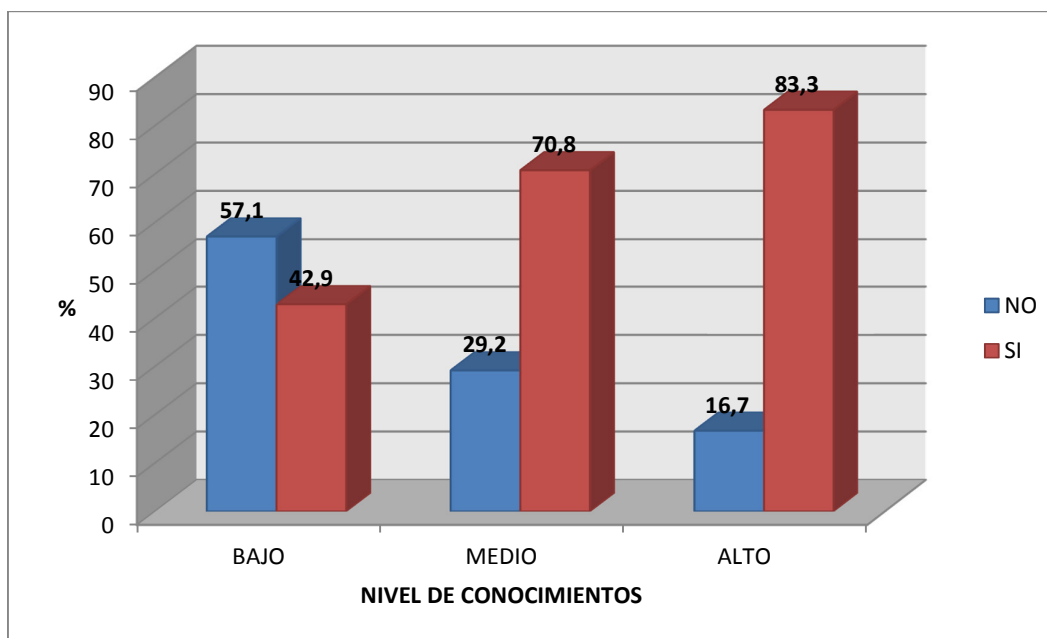
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,198 <sup>a</sup>	2	,074	,085
Razón de verosimilitudes	5,194	2	,074	,091
Estadístico exacto de Fisher	4,856			,098
Asociación lineal por lineal	4,769 <sup>b</sup>	1	,029	,038
N de casos válidos	50			

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,08.

b. El estadístico tipificado es 2,184.

**Gráfico N°37: POSESIÓN DEL CARNÉ DE SANIDAD SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS**



**Tabla N°47: ESTADO DEL CARNÉ DE SANIDAD SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS**

		¿ESTA ACTUALIZADO?		Total
		NO	SI	
CONOCIMIENTOS	BAJO	2	4	6
		33,3%	66,7%	100,0%
	MEDIO	4	13	17
		23,5%	76,5%	100,0%
	ALTO	4	6	10
		40,0%	60,0%	100,0%
Total		10	23	33
		30,3%	69,7%	100,0%

En la tabla analizamos el estado del carné de sanidad de las trabajadoras sexuales. Sin embargo las diferencias encontradas resultaron estadísticamente significativas ( $p=0.693$ )

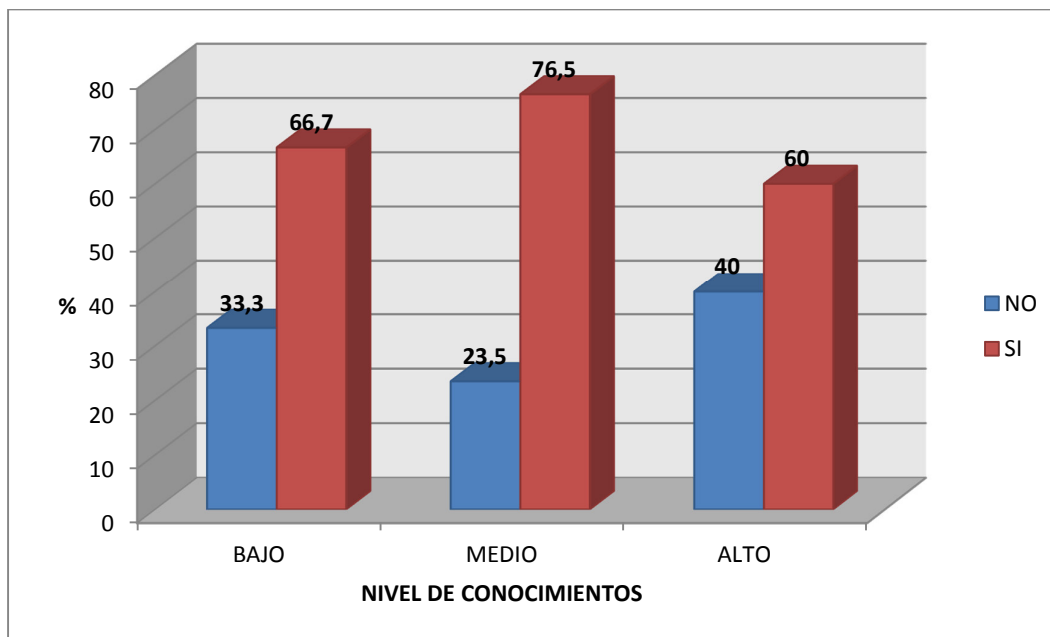
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,841 <sup>a</sup>	2	,657	,693
Razón de verosimilitudes	,836	2	,658	,693
Estadístico exacto de Fisher	1,030			,609
Asociación lineal por lineal	,184 <sup>b</sup>	1	,668	,789
N de casos válidos	33			

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,82.

b. El estadístico tipificado es -,429.

**Gráfico N°38: ESTADO DEL CARNÉ DE SANIDAD SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS**



**Tabla N°48: NÚMERO DE ATENCIONES RECIBIDAS EN EL CERITSS  
SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**

		¿CUANTAS VECES HA RECIBIDO ATENCION EN UN CENTRO QUE BRINDA ATENCION PERIODICA? (ULT 6M)					
		PRIMERA VEZ PORQUE SOY NUEVA	1 A 2 VECES	3 A 4 VECES	5 A 6 VECES	MAS DE 6 VECES	Total
CONOCIMIENTOS	BAJO	4	6	3	0	1	14
		28,6%	42,9%	21,4%	,0%	7,1%	100,0%
	MEDIO	3	11	6	3	1	24
		12,5%	45,8%	25,0%	12,5%	4,2%	100,0%
	ALTO	1	4	4	3	0	12
		8,3%	33,3%	33,3%	25,0%	,0%	100,0%
Total		8	21	13	6	2	50
		16,0%	42,0%	26,0%	12,0%	4,0%	100,0%

En la presente tabla observamos que, de las pacientes que acuden por primera vez, el 28.6% poseen un nivel de conocimientos bajo, seguido por 12.5% del nivel medio y 8.3% del alto. La situación se invierte en las que acuden de 5 a 6 veces, teniendo en su mayoría un puntaje alto en nivel de conocimientos un 25%, 12.5% corresponden al nivel medio y 0% al bajo. Sin embargo las diferencias encontradas no resultaron estadísticamente significativas ( $p=0.585$ )

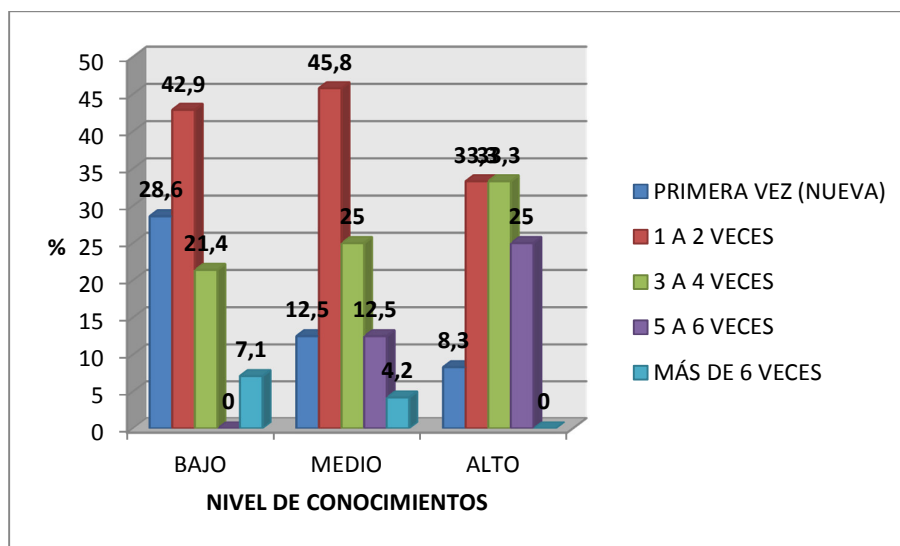
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,881 <sup>a</sup>	8	,550	,585
Razón de verosimilitudes	8,415	8	,394	,538
Estadístico exacto de Fisher	6,644			,578
Asociación lineal por lineal	2,262 <sup>b</sup>	1	,133	,156
N de casos válidos	50			

a. 11 casillas (73,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,48.

b. El estadístico tipificado es 1,504.

**Gráfico N°39: NÚMERO DE ATENCIONES RECIBIDAS EN EL CERITSS  
SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**



**Tabla N°49: MOTIVOS POR LOS QUE ACUDE A LA ATENCIÓN MEDICA  
PERIODICA SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS**

		¿CUALES SON LOS MOTIVOS POR LO QUE ACUDE A LA ATENCION PERIODICA?			Total
		POR INICIATIVA PROPIA	POR REQUERIMIENTO DE TRABAJO	PORQUE ME TRAJO UN PROMOTOR	
CONOCIMIENTOS	BAJO	11	0	3	14
		78,6%	,0%	21,4%	100,0%
	MEDIO	16	1	7	24
		66,7%	4,2%	29,2%	100,0%
	ALTO	10	0	2	12
		83,3%	,0%	16,7%	100,0%
Total		37	1	12	50
		74,0%	2,0%	24,0%	100,0%

Se observa que, el 74% de las pacientes acuden en su mayoría por iniciativa propia, seguido por las que fueron llevadas por un promotor de salud (24%); del primer grupo el 83.3% posee un nivel alto de conocimientos, mientras que el 78.6% bajo. Las diferencias encontradas no resultaron estadísticamente significativas ( $p=0.853$ )

Diferencia no significativa ( $p=0.853$ )



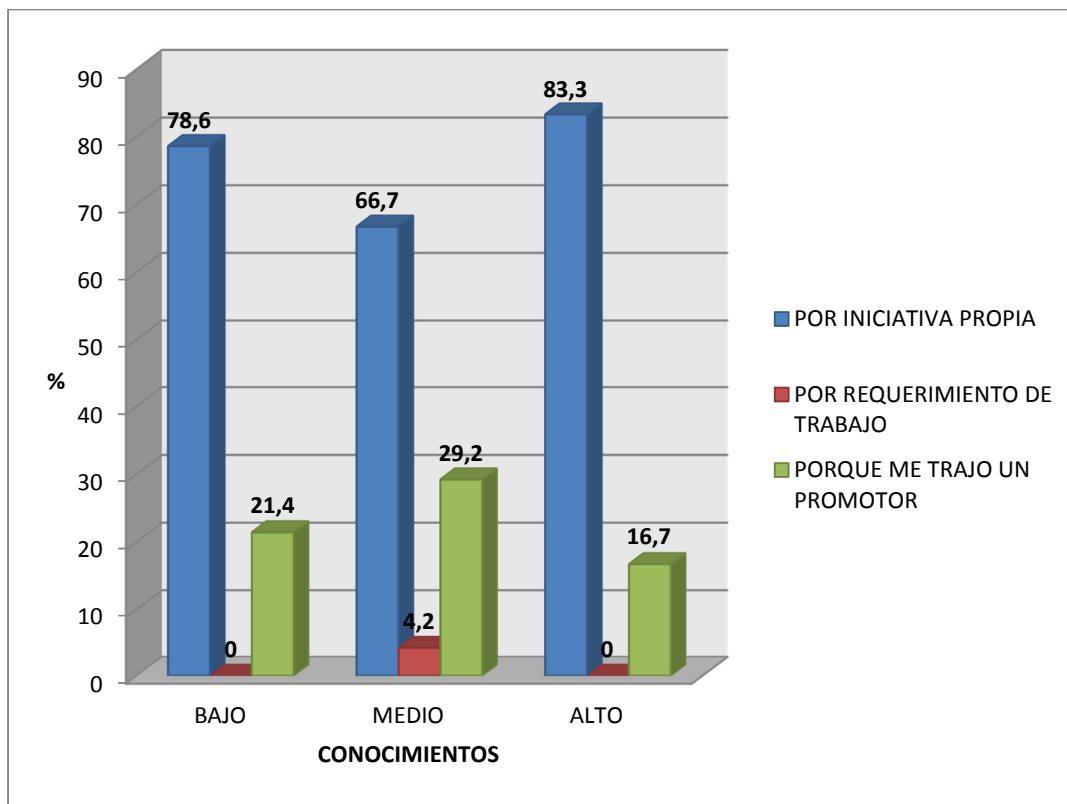
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,013 <sup>a</sup>	4	,733	,853
Razón de verosimilitudes	2,414	4	,660	,853
Estadístico exacto de Fisher	2,120			,853
Asociación lineal por lineal	,052 <sup>b</sup>	1	,820	,906
N de casos válidos	50			

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

b. El estadístico tipificado es -,228.

**Gráfico N°40: MOTIVOS POR LOS QUE ACUDE A LA ATENCIÓN MEDICA PERIODICA SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS**



## **VI. DISCUSIONES**

En el estudio realizado la edad promedio obtenida fue de 36 años; teniendo como edad mínima 19 años y máxima 57 años; otra investigación nacional (N=32) muestra un promedio de 32 años. Esta realidad comparada con un estudio hecho en Colombia (N=1674) el promedio fue de 30 años con una edad mínima de 19 años y máxima de 65 años, mientras que en Ecuador (N=2867) el promedio hallado fue de 28 años. Todo ello revela que las trabajadoras sexuales se encuentran dentro del grupo de adultas jóvenes.

En relación al grado de instrucción encontramos que solo el 64% concluyo el nivel secundario y una mínima proporción de la muestra tiene nivel Técnico o superior. Mientras que en Colombia la proporción de trabajadoras sexuales que culminó el nivel de educación secundario fue menor a nuestra muestra (40 %). Y en Ecuador el 91% sabía leer y podía escribir de lo que se presume que al menos había alcanzado el equivalente al nivel primario.

Más del 60% de nuestra población de estudio se encuentra soltera; este dato no garantiza que las participantes no tuvieran convivencia alguna con otros familiares, sino que demostró que no tenían pareja estable en el momento del estudio. Otro estudio nacional (N= 48) muestra que el 41.7% de su población no tiene pareja estable. Mientras que en Colombia solo el 2% manifestó estar casada o tener una convivencia de pareja. Analizando esto podemos mencionar que el estado civil de las trabajadoras sexuales en su mayoría es soltera siendo una de las razones principales para ello es que las parejas de éstas no aceptan el oficio que realizan.

El 60% de las participantes recibe ingresos provenientes de otras actividades no relacionadas con el trabajo sexual, siendo el 73% de ellas trabajadoras independientes y el resto (27%) dependientes; situación similar se encuentra en Colombia donde el 55% de ellas realiza otra actividad económica siendo más de la mitad de las mujeres trabajadoras independientes. En Ecuador la situación varía con solamente 15% de casos.

Los datos relacionados al tiempo de ejercicio del trabajo sexual fueron agrupados en intervalos, los cuales mostraron que la mayoría de las trabajadoras sexuales lleva menos de 5 años en el oficio, situación similar se obtuvo de otro estudio nacional que también arrojó que la mayoría de participantes lleva trabajando de 1 a 5 años (40.7%). No se pudo establecer relación con el estudio realizado en Colombia ni Ecuador porque dichos valores no fueron agrupados en sus análisis.

Como era de esperarse el 60% de las entrevistadas manifestó atender a sus clientes en un hotel u hostel, del resto, lo que llamó más la atención fue encontrar que el 16% de ellas los atiende en la vía pública, esto sucede ya que brindan sus servicios a los conductores de tráiler que circulan en las carreteras, teniendo relaciones sexuales en el interior del vehículo o cerca de él. Similar situación se observa en Colombia donde el principal lugar de atención a sus clientes es el cuarto de un hotel o motel.

De aquellas mujeres que manifestaron tener parejas estables, el 85% de ellas refirió no utilizar el preservativo durante sus relaciones sexuales, aduciendo que la pareja interpreta el uso de este método como un trato similar hacia sus clientes. En Colombia se muestra casi el mismo porcentaje (80%) del no uso del condón con sus parejas estables, aduciendo como razón principal, a diferencia de las nuestras, la confianza en la pareja; el segundo motivo por el cual no se utiliza el condón es que “la pareja no quiso”, y entre otros motivos, pero con un porcentaje menor al 25%, se encontró que las mujeres manifestaron que a ellas no les gusta usar condón.

Cabe mencionar que en otro estudio nacional se encontró que el 90% tampoco usa el preservativo con su pareja estable aduciendo que “mi pareja se ofenden o que ellos no tienen ninguna enfermedad”.

Al indagar en la encuesta por las infecciones de transmisión sexual, se encontró que casi en su totalidad de las mujeres trabajadoras sexuales han oído hablar sobre las ITS, similar situación se encontró en Colombia. También se logró establecer que al 64% de la muestra le diagnosticaron en algún momento de su vida una ITS, siendo la de mayor prevalencia la condilomatosis; y existiendo también, una prevalencia de VIH del 6%. En Colombia las trabajadoras sexuales refirieron entre el 10% y el 35% haber padecido

alguna ITS, siendo las más comunes, gonorrea, sífilis y condilomatosis; y encontrándose también una prevalencia mínima de VIH.

Con respecto al reconocimiento de sintomatología característica de las ITS en mujeres, el 80% de nuestra muestra refirió conocer alguna de ellas, por el contrario en Colombia, sólo el 45% de ellas lo hace. Del porcentaje de mujeres que manifestó conocer algún síntoma. La mayoría, menciona al flujo vaginal con mal olor y el prurito genital como principales síntomas, que son los mismos que mencionaron en Colombia. En lo que respecta a la sintomatología en varones, el 80% en nuestro estudio y el 45% reconocen algún síntoma de ITS en los varones; encontrándose en ambos casos como sintomatología más mencionadas a la secreción con mal olor, y en segundo lugar, las úlceras o llagas genitales.

Sobre el uso del preservativo con clientes, en nuestra población de estudio se encontró que el 88% de la muestra tenía un preservativo a la mano en el último servicio; cabe anotar que aunque no tuvieran un preservativo cerca, el 98% de la muestra si lo usó, y que de ellas casi su totalidad fueron las mismas trabajadoras sexuales las que sugirieron su uso. En Colombia se describe una situación parecida, el 90% de las mujeres encuestadas expresó tener un condón a la mano en el último servicio, siendo la mujer trabajadora sexual quien sugirió en casi el 80% de los casos el uso del condón y en más del 95% fue utilizado. En Ecuador, fue menor la proporción del uso del condón, sólo el 87 % refirió haber usado condón con su último cliente.

El principal servicio prestado tanto en nuestro estudio como en Colombia fue el sexo vaginal, mientras que en el segundo lugar, en nuestro estudio, encontramos al sexo oral, difiriendo con Colombia, que tiene el servicio de charlar o conversar como segundo lugar.

En relación a las medidas de prevención frente al contagio de ITS, utilizadas con sus clientes, se encontró que tanto en nuestro estudio como en Colombia, la medida más frecuente fue la de usar un preservativo en cada relación sexual y revisar los genitales de sus clientes. Es importante señalar este dato ya que el condón es la única manera para reducir el posible contagio de una ITS, siempre y cuando se use correcta y

consistentemente; si le sumamos a ello la revisión pre-coito, se podría garantizar una disminución del contagio de alguna ITS.

Tomando como premisa la pregunta sobre los antecedentes de alguna ITS, a las participantes que refirieron haber padecido una ITS, se les preguntó sobre cuál fue la primera acción que realizaron la última ocasión que sintieron alguna molestia, encontrando así que, pese a las recomendaciones brindadas durante la atención de buscar ayuda pertinente, un buen número de participantes refirió haber tomado medicamentos que tenían en casa o aplicado remedios caseros o haber consultado en una farmacia (alrededor del 40%), la otra parte buscó ayuda en una clínica o consultorio particular, hospital o centro de salud (en su mayoría el lugar del estudio). Similar tendencia se observa en Colombia, donde las acciones para curarse de alguna ITS más frecuentes fueron las mismas que en nuestro estudio; por lo tanto en ambos casos no recibieron el tratamiento más adecuado o pertinente.

Sobre las creencias que existen alrededor de las formas de transmisión del VIH, en nuestro caso, menos de la mitad de las mujeres encuestadas considera que la principal forma de transmisión del virus es por tener relaciones sexuales sin condón, mientras que en Colombia casi la totalidad de trabajadoras sexuales reconoce esta vía de transmisión como la principal.

Casi la totalidad de las mujeres trabajadoras sexuales participantes se ha hecho la prueba para detectar VIH alguna vez en la vida, igual situación ocurrió en Colombia y Ecuador.

## **VII. CONCLUSIONES**

Se evidencia una correlación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y el nivel de actitudes sexuales y que además ésta es positiva y directa, es decir, en la medida que se incrementa el nivel de conocimientos en ITS, mejoran las actitudes sexuales de las trabajadoras sexuales significativamente.

El nivel de conocimiento que poseen las trabajadoras sexuales de la muestra es regular o medio, según la escala de nivel de conocimientos según Estaninos, de igual forma las actitudes sexuales que demostraron las participantes fueron regulares.

Se considero dentro del estudio otros factores que influyen sobre la actitud sexual de las trabajadoras sexuales: tiempo de trabajo sexual, nivel educativo, antecedente de ITS, ejercicio de otro trabajo y estado civil, encontrando que solo el tiempo de trabajo sexual mostró una correlación estadísticamente significativa que además ésta es positiva y directa, es decir, a mayor tiempo de trabajo sexual, se encontraron mejores actitudes sexuales de las trabajadoras sexuales.

Podríamos definir el perfil de la trabajadora sexual promedio encuestada como: 36 años, soltera, con nivel secundario, percibe ingresos por alguna otra actividad económica no relacionada al trabajo sexual, lleva en promedio de 0 a 5 años como trabajadora sexual, ejerciendo dicha actividad 4 días a la semana, que atiende entre 3 y 7 clientes por día de trabajo, y que alguna vez presentó alguna ITS.

La condilomatosis es el antecedente más común entre las trabajadoras sexuales encuestadas, y además se evidencia cierta prevalencia de VIH en la muestra.

Casi la totalidad de las mujeres trabajadoras sexuales encuestadas han oído o conocen sobre las ITS, y reconocen la sintomatología característica de alguna ITS, tanto en mujeres como en varones, y mencionan al flujo con mal olor y al prurito genital como síntoma más conocido en ambos sexos.

La mayoría de las trabajadoras sexuales reconoce al condón como principal medio de protección frente al contagio de las ITS, y conocen su uso adecuado, aunque no lo utilizan de manera consistente, ya que si bien casi la totalidad lo usa con sus clientes, en la misma proporción no lo usan con sus parejas, por distintas razones.

Menos de la mitad de las mujeres encuestadas refiere como principal vía de transmisión de ITS/VIH, la vía sexual; y un gran grupo considera que las tres vías de contagio no difieren en riesgo para el trabajo que desempeñan.

Casi la totalidad de trabajadoras sexuales encuestadas que se han realizado alguna vez la prueba de Elisa, se la realizó en el último año.

Los resultados de este estudio no pueden ser generalizados a otras poblaciones, pues solo son válidas para la población en estudio

## **VIII.RECOMENDACIONES**

Se recomienda aplicar el instrumento en una muestra mucho mayor a la actual, que incluya participantes de otros centros de referencia y a las trabajadoras sexuales que no acuden a ellos para poder extrapolar los resultados a la población total de trabajadoras sexuales.

Se recomienda incluir en el área de consejería de los Centros Especializados de Referencia al profesional de Obstetricia, para complementar y fortalecer la información recibida por el paciente.

Sensibilizar y capacitar permanentemente a los proveedores de salud, en temas de trabajo sexual, con participación de las organizaciones de trabajadoras sexuales para mejorar la calidad de la atención, en todos sus niveles, sin discriminación y estigmatizaciones y así poder aumentar el acceso de esta población a los servicios de salud.

Renovar las estrategias de prevención, adecuándolas a la realidad, e intereses de las trabajadoras sexuales.

## **IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1. Código Penal del Perú. Perú.**
- 2. GUTIERRES TELLO, S.** Medidas de prevención de las ITS que aplican las TS en los alrededores del Hospital María Auxiliadora. (Tesis para optar el grado de licenciada en enfermería). Lima. 2007.
- 3. HAZAÑA QUISPE, J.** Prostitución femenina: Historia de vida de mujeres que ejercen el trabajo sexual. (Tesis para optar el grado de licenciado en enfermería). Lima. 2004.
- 4. HENAO, Paúl.** “Causas que influyen en el ejercicio de la prostitución de mujeres”. Investigación. Colombia. 2000.
- 5. IDEIF, CODENI, REDES, Movimiento El Pozo, con la colaboración de ECPAT Internacional.** ¿Mercancía sexual?: Cómo Hemos Creado la Demanda para la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes en el Perú. Noviembre 2005
- 6. JULIANO, Dolores.** Prostitución: el espejo oscuro. Editorial Icaria. Barcelona. 2002.
- 7. Legislación Peruana. Perú.**
- 8. MINSA.** Guía Nacional de Consejería en ITS/VIH y el SIDA. Lima – Perú. 2006.
- 9. MINSA.** Guía Nacional del Manejo de ITS. Lima – Perú. 2006.
- 10. ONUSIDA.** Actualización técnica: Trabajo Sexual y VIH/SIDA. Ginebra. 2003.
- 11. MINSA.** Memoria 2001-2006. Lima. 2006
- 12. SAMPIERI HERNANDES, R, FERNANDEZ COLLADO, C, BAPTISTA LUCIO, P.** Metodología de la Investigación. México: Editorial Mc Graw Hill. Cuarta Edición. 2006.
- 13. DE CANALES, F, DE ALVARADO, E, PINEDA, E.** Metodología de la Investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud. México: Editorial LIMUSA. Vigésima Edición. 2004.
- 14. MINSA.** Plan general: Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS y VIH – SIDA. Lima. 2004.
- 15. MINSA.** Sistema de Atención Médica Periódica para los (las) trabajadores(as) sexuales. Lima. 2003.



16. **UNMSM - San Fernando.** Normas para la Elaboración de Tesis para Optar el Título Profesional en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina. Lima. 2010.
17. **Mark H. Beers, Andrew J. Fletcher, Thomas V., M.D. Jones, Robert Porter, Michael, M.D. Berkwits.** Manual Merck de Información Médica para el hogar. Grupo Océano. Diecisieteava edición. 2007.
18. **Tula Espinoza, Juana Durand, Hernán Matta, Sheyla Villamar, Nilda Salvador, Aída Aguirre.** Significado de prácticas preventivas de infecciones de transmisión sexual para trabajadoras sexuales del distrito de La Victoria y Cercado de Lima. Anales de la Facultad de Medicina. Vol. 69. Supl. 1. UNMSM. Perú. 2008.
19. **Juan Gutierrez, Diana Molina-Yopez, Fiona Samuels, Stefano Michele.** Uso inconsistente del condón entre trabajadoras sexuales en Ecuador: resultados de una encuesta de comportamiento. Salud Pública de México. Vol. 48. N° 2. Instituto Nacional de Salud Pública. México. 2006.
20. **MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, UNFPA.** Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia. Unidad de Comunicaciones-UNFPA. Colombia. 2008.
21. **MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, UNFPA.** Protocolo del Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia. Unidad de Comunicaciones-UNFPA. Colombia. 2008.
22. **FAMILY HEALTH INTERNATIONAL.** Encuesta de vigilancia del comportamiento. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. 2000.

### **23. Sexualidad y Familia**

<<http://www.hoy.com.ec/libro6/familia/fa06.htm>>

### **24. Infecciones de Transmisión Sexual**

<[http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad\\_de\\_transmisi%C3%B3n\\_sexual#Patolog.C3.ADa](http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_de_transmisi%C3%B3n_sexual#Patolog.C3.ADa)>

### **25. Infecciones de Transmisión Sexual ITS – VIH SIDA**

<<http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161705>>

## **26. Infecciones de Transmisión Sexual ITS – VIH SIDA**

<<http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161706>>

## **27. Mapa de la Pobreza 2006 (FONCODES)**

< <http://www.foncodes.gob.pe/mapapobreza/provmap.asp?codigo=15>>

## **X. ANEXOS**

- Anexo 1: Consentimiento informado
- Anexo 2: Instrumento

## 1. ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por **Maribel Palacios Olivera y Julio Muro Tuesta**, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La meta de este estudio es **establecer la influencia del nivel de conocimiento de las ITS sobre las actitudes sexuales frente al contagio de ITS de las trabajadoras sexuales**.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de una encuesta. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. La encuesta es anónima.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por **Maribel Palacios Olivera y Julio Muro Tuesta**. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es **Analizar el nivel de conocimientos y las actitudes sexuales que poseen las trabajadoras sexuales sobre el contagio de las ITS**.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas de cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno contra mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada.

Nombre del Participante  
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

## 2. ANEXO 2: INSTRUMENTO

### CUESTIONARIO

Recuerde que el siguiente cuestionario es anónimo, por lo que le pido lea atentamente los siguientes enunciados y responda con la mayor sinceridad posible. Si tiene alguna duda sobre alguna pregunta sírvase consultar.

<b>I</b>	<b>DATOS GENERALES</b>			
	<b>MARQUE CON UNA "X" DONDE CORRESPONDA</b>			
<b>101</b>	Edad: ____ años			
<b>102</b>	¿Dónde nació?			
	Actualmente ¿en qué distrito vive?			
<b>103</b>	Grado de instrucción	Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Técnico/Superior <input type="checkbox"/>
		Ninguno <input type="checkbox"/>		
<b>104</b>	Estado civil	Soltera <input type="checkbox"/>	Casada/Conviviente <input type="checkbox"/>	
<b>105</b>	¿Con quiénes vive actualmente?	Sola <input type="checkbox"/>	Hijos <input type="checkbox"/>	Esposo/Compañero <input type="checkbox"/>
		Padres <input type="checkbox"/>	Otros Familiares <input type="checkbox"/>	Otros no familiares <input type="checkbox"/>
<b>106</b>	¿Alguna de estas personas depende económicamente de usted?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Si la respuesta es Sí, especifique ¿quiénes?			
<b>107</b>	¿Gana dinero haciendo otro trabajo?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	¿Qué otro trabajo realiza?	Independiente <input type="checkbox"/>	Dependiente <input type="checkbox"/>	
<b>108</b>	¿Cuánto tiempo lleva en total como trabajadora sexual?			<input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses
<b>109</b>	En una semana promedio, ¿cuántos días ejerce el trabajo sexual?			<input type="checkbox"/> días
<b>110</b>	¿Cuántos clientes atiende en un día de trabajo?			<input type="checkbox"/> mínimo <input type="checkbox"/> máximo
	¿En qué sitios tiene relaciones sexuales con sus clientes?			
<b>111</b>	Cuarto de hotel/hostal <input type="checkbox"/>	Prostíbulo <input type="checkbox"/>	Bar o nightclub <input type="checkbox"/>	
	Sauna/baños de vapor <input type="checkbox"/>	Mi casa <input type="checkbox"/>	Calle <input type="checkbox"/>	
<b>112</b>	En el último mes calendario que trabajó, ¿alguien la contrató para tener relaciones con más de una persona en el mismo servicio?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>113</b>	En los últimos seis meses calendario, ¿ha tenido algún tipo de flujo o líquido extraño mal oliente, sentido ardor o comezón en su vagina?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Si la respuesta fue Sí, ¿hace cuanto? <input type="checkbox"/> meses			
<b>114</b>	En los últimos seis meses calendario, ¿ha tenido algún tipo de úlcera, herida, lesión, cortada o grano en los genitales?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Si la respuesta fue Sí, ¿hace cuanto? <input type="checkbox"/> meses			
	¿Le han diagnosticado alguna de estas infecciones?			
<b>115</b>	Gonorrea	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Clamidia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Herpes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Condilomas o verrugas genitales	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Sífilis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Hepatitis B	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Otra <input type="checkbox"/>	Especifique ¿cuál?		

II	<b>DATOS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)</b>			
<b>MARQUE CON UNA "X" EN SÍ O EN NO, SEGÚN CREA CONVENIENTE</b>				
201	¿Ha oído de las infecciones que se pueden transmitir al tener relaciones sexuales?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
202	¿Cree usted que existe un mayor riesgo para contagiarse de una ITS?			
	Cuando terminé una carrera		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Cuando uso drogas		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Cuando consumo bebidas alcohólicas		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Cuando tengo muchas parejas sexuales		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Cuando mi pareja no se coloca el preservativo desde el inicio de la relación sexual		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
203	¿Usted conoce algún síntoma de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	¿Qué síntomas recuerda? (Puede marcar más de una)			
204	Dolor abdominal <input type="checkbox"/>	Irritación al orinar <input type="checkbox"/>	Verruga genital <input type="checkbox"/>	
	Flujo vaginal <input type="checkbox"/>	Úlceras/lagas vaginales <input type="checkbox"/>	Diarreas continuas <input type="checkbox"/>	
	Flujo con mal olor <input type="checkbox"/>	Hinchazón en la ingle <input type="checkbox"/>	Sangrado vaginal <input type="checkbox"/>	
	Comezón en genitales <input type="checkbox"/>	Fiebre en las tardes <input type="checkbox"/>		
	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál?		
205	¿Usted conoce algún síntoma de las infecciones de transmisión sexual en los hombres?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
206	¿Qué síntomas recuerda? (Puede marcar más de una)			
	Dolor abdominal <input type="checkbox"/>	Irritación al orinar <input type="checkbox"/>	Verrugas genitales <input type="checkbox"/>	
	Úlceras/lagas genitales <input type="checkbox"/>	Hinchazón en la ingle <input type="checkbox"/>	Comezón en genitales <input type="checkbox"/>	
	Diarreas continuas <input type="checkbox"/>	Fiebre en las tardes <input type="checkbox"/>	Secreción genital con mal olor <input type="checkbox"/>	
	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál?		
207	A su criterio, ¿cuál es la principal forma de contagio para una ITS o el VIH? (Marque solo una)			
	Por relaciones sexuales <input type="checkbox"/>	De madre a hijo <input type="checkbox"/>	Por vía sanguínea <input type="checkbox"/>	
	Todas son iguales <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/>		
208	Según su criterio, ¿De qué manera se puede transmitir el VIH?			
	Teniendo relaciones sexuales anales o vaginales sin preservativo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
	Al recibir una transfusión sanguínea de sangre infectada	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
	Por la picadura de un zancudo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
	Por compartir una comida con alguien que está infectado	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
	Por usar una aguja que haya sido usada por alguien que estaba infectado	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
	Por usar servicios sanitarios públicos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
	De mamá a bebe mediante el embarazo o lactancia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
	Besar a una persona infectada	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
	Al compartir cubiertos o platos con alguien infectado	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
209	¿Cuál considera usted la mejor manera para prevenir una ITS? (Puede marcar más de una)			
	Tomar pastillas <input type="checkbox"/>	Bañarse todos los días <input type="checkbox"/>	Colocarse inyectable <input type="checkbox"/>	
	Usar preservativo en cada relación sexual <input type="checkbox"/>	Colocarse un óvulo con espermicida <input type="checkbox"/>	Lavarse bien las partes íntimas con agua y jabón luego de atender a cada cliente <input type="checkbox"/>	
	Ninguna <input type="checkbox"/>			
210	¿Cuándo se debe usar el preservativo? (Puede marcar más de una)			
	Relaciones sexuales vaginales <input type="checkbox"/>	Relaciones sexuales anales <input type="checkbox"/>		
	Relaciones sexuales orales <input type="checkbox"/>	Todas <input type="checkbox"/>		
	Ninguna <input type="checkbox"/>			

211	<i>Según usted se debe usar el preservativo durante:</i>			
	Desde el inicio de la relación sexual	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
	Solo durante la penetración	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
	Solo en eyaculación	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
212	<i>¿Qué lugares conoce para adquirir un preservativo? (Puede marcar más de una)</i>			
	Tiendas <input type="checkbox"/>	Farmacias <input type="checkbox"/>		
	Supermercados <input type="checkbox"/>	Bar/hotel/centros nocturnos <input type="checkbox"/>		
	Clínicas privadas o consultorios <input type="checkbox"/>	Tiendas de artículos sexuales <input type="checkbox"/>		
	Centros de salud/hospitales <input type="checkbox"/>	Ambulantes <input type="checkbox"/>		
213	<i>¿Conoce usted la prueba de ELISA?</i>		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
214	<i>¿Qué significa un resultado POSITIVO o REACTIVO de la prueba de ELISA? (Solo marque una)</i>			
	Que tengo SIDA <input type="checkbox"/>	Que tengo Sífilis <input type="checkbox"/>		
	Que tengo tuberculosis <input type="checkbox"/>	Que soy portadora del VIH <input type="checkbox"/>		
215	<i>¿Con qué frecuencia usted debe tomarse la prueba de ELISA? (Solo marque una)</i>			
	Cada 30 días <input type="checkbox"/>	Cada 3 meses <input type="checkbox"/>		
	Cada 6 meses <input type="checkbox"/>	Al año <input type="checkbox"/>		
	Cada vez que me acuerdo <input type="checkbox"/>			
216	<i>¿Con qué frecuencia debe acudir al Centro de Salud para realizarse sus chequeos? (Solo marque una)</i>			
	Cada 30 días <input type="checkbox"/>	Cada 3 meses <input type="checkbox"/>		
	Cada 6 meses <input type="checkbox"/>	Al año <input type="checkbox"/>		
	Cada vez que me acuerdo <input type="checkbox"/>			
III	<b>DATOS SOBRE ACTITUDES FRENTE A LAS ITS</b>			
	<b>MARQUE CON UNA "X" SEGÚN CORRESPONDA</b>			
301	<i>¿Qué cosa o cosas hizo durante el último mes calendario para protegerse de una ITS? (Puede marcar más de una)</i>			
	Revisar los genitales del cliente antes de atenderlo <input type="checkbox"/>	Lavar los genitales del cliente antes de atenderlo <input type="checkbox"/>		
	Limpiar los genitales del cliente con una sustancia desinfectante <input type="checkbox"/>	Lavado vaginal al terminar la relación sexual <input type="checkbox"/>		
	Usar preservativo <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	
302	<i>La última vez que tuvo una úlcera o irritación vaginal o flujo, ¿qué hizo? (Marque lo que hizo primero, solo puede marcar una alternativa)</i>			
	Consultó a una clínica privada <input type="checkbox"/>	Consultó a un hospital o centro de salud <input type="checkbox"/>		
	Consultó a una farmacia <input type="checkbox"/>	Consultó a un curandero <input type="checkbox"/>		
	Consultó a un médico particular <input type="checkbox"/>	Tomó medicinas que tenía en casa <input type="checkbox"/>		
	Consultó a sus compañeros de trabajo <input type="checkbox"/>	Se aplicó un remedio casero <input type="checkbox"/>		
303	<i>¿Le ordenaron algún tratamiento?</i>		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	<i>¿Concluyó el tratamiento?</i>		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
304	<i>¿Qué servicios les proporciona a sus clientes?</i>			
	Sexo anal	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Sexo vaginal	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Sexo oral	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Masturbación (propia o al cliente)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Bailar/striptease	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Charlas/conversar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Masajes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Otros <input type="checkbox"/>	¿Cuáles?		
305	<i>¿Tenía un preservativo a la mano cuando atendió a su último cliente?</i>		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
306	<i>La última vez que atendió a un cliente, ¿usaron preservativo?</i>		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
307	<i>¿Quién sugirió el uso del preservativo en ésta última oportunidad? (Marque solo una)</i>			
	Yo misma <input type="checkbox"/>	El cliente <input type="checkbox"/>		
	Ambos <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	¿Quién?	

	<i>¿Por cuál o cuáles razones no utilizaría preservativo? (Puede marcar más de una)</i>			
	Al cliente no le gusta <input type="checkbox"/>	No sabe como decirle que lo use <input type="checkbox"/>		
	Es un cliente conocido y continuo <input type="checkbox"/>	Cree que no es seguro <input type="checkbox"/>		
	Se me habían terminado <input type="checkbox"/>	Son difíciles de conseguir <input type="checkbox"/>		
	No consiguió en ese momento <input type="checkbox"/>	No me gusta usar preservativo <input type="checkbox"/>		
	Por que causa irritación <input type="checkbox"/>	El cliente ofrece pagar más por no usarlo <input type="checkbox"/>		
308	Usted estaba bajo los efectos de la droga y/o alcohol <input type="checkbox"/>	El cliente estaba bajo el efecto del alcohol y/o droga <input type="checkbox"/>		
	Cree que el cliente no tenía VIH o alguna infección <input type="checkbox"/>	Es el único cliente de la jornada y lo pone como condición <input type="checkbox"/>		
	Son caros <input type="checkbox"/>	Ninguna, siempre uso <input type="checkbox"/>		
	Otras <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?			
309	Usted ¿toma alcohol con sus clientes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No recuerda <input type="checkbox"/>
310	Usted ¿consume drogas con sus clientes?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No recuerda <input type="checkbox"/>
311	¿Alguna vez ha rechazado a un cliente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No recuerda <input type="checkbox"/>
	<i>¿Por qué motivo rechazaría a un cliente? (Puede marcar más de una)</i>			
	Oler mal/estar sucio <input type="checkbox"/>	Darme desconfianza <input type="checkbox"/>		
312	Estar agresivo <input type="checkbox"/>	No pagar lo suficiente <input type="checkbox"/>		
	Pedir un servicio que no hago <input type="checkbox"/>	Parecer que tenía una ITS <input type="checkbox"/>		
	Estar bajo los efectos del alcohol y/o droga <input type="checkbox"/>			
313	¿Actualmente usted cuenta con un carné de sanidad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Si la respuesta es Sí, ¿está actualizado?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	<i>En los últimos seis meses ¿cuántas veces ha recibido atención en un centro que brinda control médico periódico? (Marque solo una)</i>			
314	Primera vez porque soy nueva <input type="checkbox"/>	1 – 2 veces <input type="checkbox"/>		
	3 – 4 veces <input type="checkbox"/>	5 – 6 veces <input type="checkbox"/>		
	Más de 6 veces <input type="checkbox"/>			
315	¿Alguna vez se hizo la prueba para VIH?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Si la respuesta fue Sí, ¿Cuándo fue la última vez que se la hizo?	____/____/____		
	<i>¿Cuáles son los motivos por lo que acude a la atención médica periódica? (Marque solo una)</i>			
316	Por iniciativa propia <input type="checkbox"/>			
	Por requerimiento en trabajo <input type="checkbox"/>			
	Porque me trajo un promotor de salud <input type="checkbox"/>			

**MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO...**